

SAIMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Ensihoidon koulutusohjelma

Satu Lindholm
Sonja Mehtonen

CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CRM) - OPPIMISTAPAHTUMAN SUUNNITTELU, TOTEU- TUS JA ARVIOINTI OSANA ENSIHOITAJAOPI- KELIJOIDEN POTILASTURVALLISUUS- OPINTOJAKSOA

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

Satu Lindholm ja Sonja Mehtonen

Crisis Resource Management (CRM) - Oppimistapahtuman suunnittelu, toteutus ja arviointi osana ensihoitajaopiskelijoiden potilasturvallisuus-opintojaksoa, 54 sivua, 9 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö, 2013

Ohjaaja: lehtori Arja Sara-aho, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä kommunikaatioon sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Teoriatietoa on kerätty toimivasta kommunikaatiosta ja kommunikaativälineistä kirjallisuudesta, artikkeleista sekä asiantuntijakeskusteluiden avulla. Tämän tiedon pohjalta suunniteltiin sekä toteutettiin opetustapahtuma keväällä 2012 uusille ensihoitajaopiskelijoille, ryhmälle E-S11.

Tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää, millaista hyvä kommunikaatio on ja miten sitä voidaan kehittää. Lisäksi haluttiin kokemusta opetustapahtuman suunnittelusta ja toteuttamisesta. Tämä opetustapahtuma oli osa Potilasturvallinen hoitotyö -opintojaksoa. Opetustapahtuman pitäminen valmensi työelämää varten, koska ensihoitajien työuraan lähes poikkeuksetta kuuluu erilaisten koulutusten pitäminen esimerkiksi omalle työvuorolle tai ulkopuolisille ryhmille. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli oppia, miten opetustapahtuma tulisi suunnitella ja toteuttaa, jotta ensihoitajaopiskelijat saavat siitä parhaan mahdollisen hyödyn.

Aiheen valinta lähti kiinnostuksesta Crisis Resource Managementia eli CRM:ää kohtaan sekä aiheen ajankohtaisuudesta. Opinnäytetyön haluttiin käsittelevän aihetta, jota voi hyödyntää työelämässä. Ensihoitajatyöparin välisen kommunikaation sujuvuus on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää. Toimivalla kommunikaatiolla ja tilannetietoisuudella voidaan varmistaa, että potilas saa tarvitsemansa hoidon turvallisesti ja tehokkaasti. Potilasturvallisuuteen ei siis vaikuta pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten klininen osaaminen, vaan myös eitekniset taidot, eli esimerkiksi se, miten tieto potilaan tilanteesta, hoidosta ja hoidon linjauksista kulkee hoitohenkilökunnan välillä.

Opinnäytetyö aloitettiin keräämällä teoriatietoa eri lähteistä, ja kokoamalla sitä yhteen. Asiantuntijakeskustelut olivat osa teoriatiedon hankkimista, mistä saatiin arvokasta työelämälähtöistä näkemystä CRM:stä ja kommunikaatiosta. Tietojemme pohjalta suunniteltiin opetustapahtuma ensihoitajaopiskelijaryhmälle E-S11. Oppituntia varten tehtiin tarkka tuntuunitelma, Powerpoint-esitys, ja opetustapahtuman lopuksi näytettiin ryhmälle video, joka havainnollistaa hyvin konkreettisesti millaisia seurauksia huonosta kommunikaatiosta voi olla. Opetustapahtumasta kerättiin palaute, jotta tekijät saivat itselleen tietoa, millaiseksi ryhmä koki opetustapahtuman. Tekijät saivat myös kehitysideoita omasta toiminnastaan tulevaisuutta varten. Pääasiassa saatu palaute oli positiivista ja opetustapahtuman koettiin hyödyllisenä.

Asiasanat: potilasturvallisuus, CRM, kommunikaatio ja ensihoitaja.

ABSTRACT

Satu Lindholm and Sonja Mehtonen

Crisis Resource Management (CRM)- the planning, implementation, and evaluation of a learning unit for paramedic nursing students, 54 pages, 9 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Program in Emergency Care Nursing

Bachelor's Thesis, 2013

Instructor: Senior Lecturer Arja Sara-aho, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to become familiar with communication in emergency care outside the hospital. The goal of this thesis was to clarify what good communication is and how it might be developed. The experience of planning and arranging a learning event was also of benefit, and was produced for new emergency care students in the spring of 2012 at Saimaa University of Applied Sciences.

The theory about functional communication and means of communication was collected from literature, articles and conversations with experts. The learning event was a part of the course Patient Safety in Nursing Care. The subject was chosen out of interest in Crisis Resource Management (CRM) and because the subject is topical. Fluent communication is important between an emergency care pair to insure patient safety and efficient treatment.

Patient safety is not only affected by the clinical expertise of the healthcare professionals but also by the non-technical skills such as how the information about the patient's situation, care and guidelines for treatment is transferred between the caretakers. Feedback about the learning event was collected and was mainly positive. The information presented during the event was considered useful.

Keywords: patient safety, CRM, communication and paramedic nurse

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 ENSIHOITOPALVELU JA ENSIHOITAJA -KÄSITTEET	7
2.1 Ensihoidon historia ja kehitys	8
2.2 Ensihoitaja	9
3 POTILASTURVALLISUUS.....	9
4 HAITTATAPAHTUMAT	10
5 CRM - CRISIS RESOURCE MANAGEMENT	14
5.1 Vuorovaikutus ja kommunikaatio	14
5.2 ISBAR-menetelmä	15
5.3 Ei-tekniset taidot	17
5.4 ANTS – Anesthetist Non-Technical Skills	18
5.4.1 Yhteistyö ja johtaminen	18
5.4.2 Tilannetietoisuus	19
5.4.3 Päätöksenteko.....	20
5.5 Tarkistuslistojen tarkoitus ja käyttö	20
5.5.1 Leikkaustiimin tarkistuslista	21
5.5.2 Hengitystien hallinnan tarkistuslista.....	22
5.5.3 Anestesiaintubaation tarkistuslista	23
5.5.4 Muistisääntö vastasyntyneen elvytyksestä	25
6 OPETTAMINEN JA OPPIMINEN	25
6.1 Oppimiskäsitykset.....	25
6.2 Konstruktivistinen oppimiskäsitys	26
6.3 Opetussuunnitelma	26
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	27
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
8.1 Ideavaihe ja aineiston kerääminen	27
8.2 Suunnittelu- ja toteutusvaihe	29
8.3 Arviointivaihe ja palaute oppimistapahtumasta	33
9 POHDINTA	36
9.1 Oppitunnin onnistumisen arviointi	37
9.2 Eettiset näkökulmat	38
9.3 Jatkotutkimusaiheet	39
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1 Asiantuntijakeskustelujen teemat

Liite 2 ISBAR-menetelmä

Liite 3 Leikkaustiimin tarkistuslista

Liite 4 Tarkistuslista päiki- ja lyhkypotilaille Oulun yliopistollisen sairaalan avohoitotalossa

Liite 5 Meilahden sairaalan ilmatien hallinnan tarkistuslista

Liite 6 Saimaan ammattikorkeakoulun anestesiaintubaation tarkistuslista

Liite 7 STAPIA-muistisääntö vastasyntyneen elvytyksestä

Liite 8 Tuntisuunnitelma

Liite 9 Palaute opetustapahtumasta

1 JOHDANTO

Viime aikoina potilasturvallisuuteen on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. On ymmärretty, että hyvään hoitamiseen ja toivotun hoitotuloksen aikaansaamiseksi tarvitaan esimerkiksi oikean lääkehoidon ja hoitotoimenpiteiden lisäksi myös onnistunutta kommunikaatiota hoitoalan ammattilaisten välillä. Potilasturvallisuuteen ei siis vaikuta pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten kliininen osaaminen, vaan myös ei-tekniset taidot eli esimerkiksi se, miten tieto potilaan tilanteesta, hoidosta ja hoidon linjauksista kulkee hoitohenkilökunnan välillä.

Saimaan ammattikorkeakoulussa toteutettiin sosiaali- ja terveysalalla lukuvuonna 2010 – 2011 opetussuunnitelman uudistaminen osaamisperustaiseksi. Tällöin laadittiin terveysalan opetukseen uusi kolmen opintopisteen laajuinen opintojakso Potilasturvallinen hoitotyö. Potilasturvallisuus tuotiin näin kiinteäksi osaksi myös ensihoitajakoulutusta. Opintojaksossa muun muassa perehdytään tiimityöhön, Crisis Resource Management -käsitteeseen (CRM), sekä teknisiin ja ei-teknisiin taitoihin hoitotyössä. Opintojakson tavoitteena on, että opiskelija ymmärtää potilasturvallisuuden merkityksen terveydenhuollon laadunvarmistuksessa. (Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2011.)

Potilasturvallisuudessa on kysymys hoidon laadusta. Ammattikorkeakoulu Arcada kehitti Suomessa ensimmäisenä simulaatio-oppimista, jossa kiinnitetään erityistä huomiota potilasturvallisuuteen hoitotilanteissa nimenomaan kommunikaation kautta. Simulaatio-oppiminen on levinnyt muualle Suomeen ja erityisesti ensihoidon koulutusohjelmiin. Muun muassa Saimaan ammattikorkeakoulussa käytännön harjoitteet tehdään suurelta osin simulaatioympäristössä ja työparin välinen kommunikaatio on oma arvioitava osa-alueensa jokaisessa potilastilanteessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa (2009:5) on määritetty kaksi kehittämislinjaa: ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuusosaaminen. Helovuori, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen (2011, 181) toteavat ammatillisen osaamisen ja potilasturvallisuusosaamisen tarkoittavan eri

asioita. Kliiniset taidot ovat keskeisessä asemassa, mutta työn turvallinen suorittaminen ei pelkästään riitä, tarvitaan myös ei-kliinisiä taitoja.

Tässä opinnäytetyössä kuvataan, mitä CRM ja hyvä kommunikaatio tarkoittavat sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa osana potilasturvallisuutta sekä suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan aiheeseen liittyvä oppimistapahtuma ensimmäisen lukuvuoden ensihoitajaopiskelijoille.

Opinnäytetyöraporttimme etenee seuraavalla tavalla. Ensin kuvaamme ensihoidon historiaa ja nykyistä määrittelyä sekä ensihoitajakoulutusta. Sitten paneudumme potilasturvallisuus-käsitteeseen ja määrittelemme myös haittatapahtumat. Opinnäytetyömme keskeinen käsite on Crisis Resource Management, josta myöhemmin käytetään lyhennettä CRM ja jonka selostamme opinnäytetyömme teoriaosassa tarkasti. Kuvaamme myös konstruktivistisen oppimiskäsitteen piirteitä, mikä on tärkeää oppimistapahtumaa suunniteltaessa. Lopuksi kuvaamme opinnäytetyömme etenemisen prosessina ja sen idea-, suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheita sekä pohdimme opinnäytetyömme hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita.

2 ENSIHOITOPALVELU JA ENSIHOITAJA -KÄSITTEET

Ensihoidolla tarkoitetaan äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista sekä potilaan kuljettamista tarvittaessa hoitoyksikköön. Ensihoitopalvelun tehtävät määritellään Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010 2§) Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa siten, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on muun muassa vastattava ensihoitovalmiuden ylläpidosta, laadittava ohjeistukset esimerkiksi sairaalaan kuljetusta tarvitsevien ja ei-kuljetusta tarvitsevien potilaiden osalta, sekä johdettava ensihoidon operatiivista toimintaa. Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tulee vastata ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, niistä poikkeavista erityistilanteista ja niihin varautumisesta, alueen väestön ensihoitopalveluiden neuvonnasta ja tiedottamisesta, tarvittaessa ensihoitopalvelun tehtävissä käytettävien yksiköiden soveltuvuuden tarkistuksesta ja muiden ensihoitopalvelun toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisten palvelujen tuottamisesta. Tehtäviin kuuluu myös seurata ja

tuottaa ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston ja Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen käyttöön tulevia tunnuslukuja, jotka liittyvät ensihoitopalvelun toimintaan palvelutasopäätöksen mukaisesti ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi.

Ensihoitopalvelun yksiköt ja henkilöstö määritellään Terveystieteidenhuoltolaissa (1326/2010 8§) siten, että ensivasteyksikössä vähintään kahdella henkilöllä on oltava ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Perustason ensihoitoyksikössä ainakin toisen on oltava terveystieteidenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus, ja toisen vähintään pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan aiemman tutkinnon suorittanut henkilö. Hoitotason ensihoitoyksikössä toisen on oltava koulutukseltaan ensihoitaja AMK tai laillistettu sairaanhoitaja, jolla on vähintään 30 opintopisteen laajuinen hoitotason ensihoitoon suuntautunut lisäkoulutus. Toisen hoitotason ensihoitoyksikön henkilön on oltava terveystieteidenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai sitä aiemman vastaavan koulutuksen suorittanut henkilö.

2.1 Ensihoidon historia ja kehitys

Suomessa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon kehitys on alkanut 1970-luvulla sydänambulanssikokeilulla ja lääkäriambulanssit alkoivat päivystää ympärivuorokautisesti 1972. Lääkäriambulanssit vaihtuivat lääkäriyksiköiksi 1980-luvun alussa, autoista jätettiin siis parit pois ja lääkäriyksiköiden tehtäväksi jäi kuljettaa lääkärijohtoinen ensihitoryhmä tapahtumapaikalle. 1980-luvun puolivälissä alettiin opettaa osalle sairaankuljettajista keskeisiä ensihoidon toimenpiteitä, kuten suoni yhteyden avaaminen ja intubointi ja 1980-luvun lopulla tulivat käyttöön puoliautomaattiset defibrillaattorit. (Kinnunen 2002, 2 - 6.)

Ensivastetoiminta yleistyi 1990-luvulla, kun ymmärrettiin, että hätätilapotilaat hyötyvät nimenomaan nopeasta tavoittamisesta ja nopeasta hätäensiavun aloituksesta. 1992 aloitti ensimmäinen lääkärihelikopteri, jonka tarkoituksena oli vähentää hätätilapotilaiden hoidon alkamisviivettä antamalla auttamisohjeita kohteessa jo oleville ammattiauttajille. Lääkärihelikopterin tarkoitus oli myös viedä korkeatasoinen ensihoitovalmius tapahtumapaikalle ja kuljettaa potilas nopeimmalla mahdollisella tavalla suoraan lopulliseen hoitopaikkaan. (Kinnunen 2002, 2 - 6.)

2.2 Ensihoitaja

Ensihoitajan opetusministeriö määrittelee ensihoidon asiantuntijaksi, joka on kykenevä arvioimaan itsenäisesti äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan tilaa, hallitsee potilaan peruselintoimintojen käynnistämisen ja ylläpitämisen, parantaa omalla toiminnallaan potilaan ennustetta ja kohentaa tai lievittää hänen tilaansa. Ensihoitajalle kuuluu myös yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tukeminen ja ohjaaminen erilaisissa akuuteissa tilanteissa. Ensihoitopalvelujärjestelmä on osa terveydenhuoltojärjestelmää, jossa ensihoitajan vastuulla ovat hoitotasoinen ensihoito ja sairaankuljetus. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006.) Ensihoitajakoulutuksen laajuus on 240 opintopistettä ja kesto keskimäärin 4 vuotta. Ammatillista harjoittelua on kokonaisuudessaan 75 opintopistettä (Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2011).

Opetusministeriö määrittelee, että ensihoitajakoulutuksen yksi keskeinen ydinosaamisen alue on ensihoitotilanteiden turvallisuus. Ensihoitajalta edellytetään riskien tunnistamista ja niiden ennaltaehkäisyä sekä oman että potilaan turvallisuuden varmistamista. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006.)

Ensihoitajakoulutus aloitettiin 1998 neljässä ammattikorkeakoulussa: Helsingissä (Stadia ja Arcada), Kotkassa ja Lappeenrannassa, ja vuonna 2000 koulutusta muokattiin siten, että valmistuvat ensihoitajat saivat myös sairaanhoitajan pätevyyden (Kinnunen 2002, 6). Tällä hetkellä ensihoitajia koulutetaan ammattikorkeakouluissa Helsingissä, Kuopiossa, Kotkassa, Lappeenrannassa, Oulussa, Turussa ja Tampereella ja opiskelijat valmistuvat tutkintonimikkeellä ensihoitaja-sairaanhoitaja AMK.

3 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Se tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Se kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääketurvallisuuden ja laiteturvallisuuden että vaaratapahtumat ja lähel-

tä piti -tapahtumat. Se on osa hoidon laatua. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2006; Rintanen, Hämäläinen, Kaila, Kokkola & Vuorenkoski 2010, 1116 - 1122.)

Potilasturvallisuus on keskeinen käsite kaikkialla terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009 - 2013, jossa tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta yhdessä koko terveydenhuollossa ja ankkuroida potilasturvallisuus toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin vuoteen 2013 mennessä. Turvallisuuskulttuuri on tarkoitus saada kiinteäksi osaksi terveydenhuoltoa siten, että terveydenhuoltoon vakiintuisi potilaiden turvallista hoitoa edistävä toimintatapa, sekä sitä tukevat arvot, asenteet ja johtamistapa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa (2009:5) on määritelty kaksi kehittämissinjaa: ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuusosaaminen. Helovuori ym. (2011, 181) toteavat ammatillisen osaamisen ja potilasturvallisuusosaamisen tarkoittavan eri asioita. Kliiniset taidot ovat keskeisessä asemassa, mutta työn turvallinen suorittaminen ei pelkästään riitä. Potilasturvallisuuden määritelmä sisältää periaatteet ja toimintatavat, joilla varmistetaan, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Esimerkiksi toimenpiteet vaativat kyllä kliinistä osaamista, mutta potilasturvallisuusosaamista on potilaan tunnistaminen. Potilasturvallisuusosaamiseen kuuluvat myös moniammatillinen yhteistyö ja tehokkaan kommunikoinnin taidot.

4 HAITTATAPAHTUMAT

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa (2006) haittatapahtuma määritellään vaaratapahtumaksi, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtuma puolestaan määritellään potilaan turvallisuuden vaarantavaksi tapahtumaksi, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Potilasvahinko on potilasvahinkolain määrittelemä, vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä (Potilasvahinkolaki 879/1998). Henkilövahinko on sairaus, vamma tai muu terveydentilan tilapäinen tai pysyvä heikentyminen tai kuolema.

Avainasemassa potilasturvallisuuden parantamiseen on terveydenhuoltohenkilökunnan asenteiden ja kulttuurin muuttaminen. Virheen sattuessa syyllisen etsiminen ei auta, mutta sitä auttaa pohtiminen, miksi jokin asia tapahtui. Sairaaloissa on otettu käyttöön potilasturvallisuuden kehittämiseksi tehty vaaratapahtumien raportointimalli HaiPro, joka on kehitetty Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen yhteisessä tutkimushankkeessa yhteistyössä Peijaksen sairaalan, Tampereen Lääkärikeskus Oy:n ja Tampereen yliopistollisen sairaalan sydänkeskuksen kanssa. Ohjelman tarkoitus on edistää vaaratapahtumien välttämistä sitä kautta, että terveydenhuoltohenkilöstö voi lukea jo tapahtuneita vaaratapahtumia ja pohtia, miten vaaratapahtuma olisi vältettävissä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2008.)

Inhimillisiä virheitä voi sattua kenelle vain, ihmiset kun ovat inhimillisiä. Tärkeintä olisi keskittyä siihen, miksi virhe tapahtui. Miksi joku toimi, miten toimi? Miten virheen olisi voinut välttää? Vaaratapahtumat, joille ei löydy selitystä, tulkitaan yleensä inhimillisiksi virheiksi. Keskeistä inhimillisten virheiden ennaltaehkäisyssä ja välttämisessä olisikin juuri pyrkimys ymmärtää ihmisten toimintaa, eikä tuomita sitä. (Helovuori ym. 2011, 76 - 91.)

Virheet ovat luonnollinen osa ihmisen toimintaa, ja vain harvoin työ tehdään aivan virheettömästi. Virheet eivät ole onnettomuuksia, vaan ihmiset tekevät niitä eri syistä. Kiire, keskeytykset, uupumus, suuri työmäärä sekä yksitoikkisuus ovat muutamia esimerkkitekijöitä, jotka aiheuttavat virheitä. Virheissä asiat eivät mene niin kuin on suunniteltu. (Kinnunen 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa (2009) edellytetään muun muassa että vuoteen 2013 mennessä Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tulee olla selvät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien sisäistä raportointia, seuranta ja käsittelyä varten. Organisaatiossa noudatetaan valtakunnallisen raportoinnin yhteisiä linjauksia ja hyödynnetään valtakunnallista potilasturvallisuuden indikaattoritietoa potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Kehittyneiden, matalan kynnyksen raportointijärjestelmien avulla myös virheistä tulee oppia ilman syyllistävää kulttuuria. Tässä kulttuurimuutoksessa on keskeistä oppia tarkastelemaan yksilöiden erehdyksiä paremminkin prosessin seurauksena kuin onnettomuuksien syynä. Tällainen prosessilähestyminen ja systeemianalyysi antaa organisaatiolle mahdollisuuden oppia virheistä pelkän syyllisten rankaisemisen sijasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Marina Kinnusen väitöskirjassa *Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa* (2010) tutkimuksen tavoitteena oli selvittää organisaation virheistä oppimista. Tutkimuksen kontekstina on sairaalaorganisaatio. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, miten organisaatio oppii yksilöiden kokemista virheistä. Tavoitteena on myös kuvata organisaation virheistä oppimisen prosessia, oppimisen mahdollistajia ja sitä estäviä tekijöitä. Virheet voivat toimia oppimisen herätteenä ja mahdollisuuksia oppimiseen on paljon, koska organisaatioissa virheet ovat monimutkaisia ja todennäköisiä. Laadullinen tutkimus tehtiin sairaaloissa, joissa on otettu käyttöön virheistä oppimista tukeva tietojärjestelmä.

Tutkimus alkoi seuraamalla erään sairaalan virheistä oppimista. Ensimmäinen aineisto koostuu yhden työyhteisön jäsenten haastatteluista. Toinen aineisto on kerätty työpajakeskusteluista, joihin osallistui työntekijöitä, esimiehiä ja johtajia terveydenhuollon organisaatioista eri puolelta Suomea. Yksilö- ja työyhteisötasolla oppiminen tapahtuu keskustelemalla ja etsimällä yhteisiä näkemyksiä, mikä edellyttää valmiuksia ja systemaattisia toimintatapoja virheistä keskusteluun. Ihannetilanteessa ei etsitä syyllisiä, vaan yhteisenä tavoitteena on systeemin kehittäminen ja virheiden syiden selvittäminen. (Kinnunen 2010.)

Tutkimuksen tulosten mukaan johtotason ja työntekijätason näkemykset eivät kohtaa. Työntekijätasolla odotetaan johdon tarttuvan virheisiin ja johtotasolla odotetaan virheistä oppimisen tapahtuvan työntekijätasolla. Työntekijätasolla priorisoidaan usein työn nopeaa jatkamista virheen syiden selvittämisen sijaan. Esteenä on myös vaikeus hyväksyä omia virheitä. Avoin keskustelu edistää virheistä oppimista ja johdolla on keskeinen rooli sen virittäjänä ja käytännön mahdollistajana. Raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen laajasti,

systemaattisesti ja nopeasti. Oppimisen mahdollistajia ovat muun muassa avoin ja keskusteleva ilmapiiri, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen, esimiesten tuki, sekä systemaattinen ja vastuutettu tiedonsiirto. (Kinnunen 2010.)

Brownin yliopistossa 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan tutkijat arvioivat amanuenssien ja erikoistuvien lääkäreiden käsityksiä ensihoidon haittatapahtumista ja lääketieteellisestä huolimattomuudesta. Tutkimus tehtiin, koska oli havaittu että on olemassa vähän tietoa ensihoidon lääketieteen harjoittelijoiden tietoisuudesta, ymmärryksestä ja asenteista, jotka koskivat haittatapahtumien oikeudellisia näkökulmia. (Hardeek, Gjelsvik, Kobayashi & Clyne 2008.)

Tutkimukseen osallistujia olivat 12 amanuenssia ja 36 erikoistuvaa lääkäriä. Tutkimus tehtiin kyselylomakkeella, kysymykset sisälsivät neljä eri aluetta: yleiset näkökulmat haittatapahtumista, haittatapahtumien syyt, strategiat haittatapahtumien vähentämiseksi ja hoitovirheiden käsittely. Kvantitatiivinen aineisto käsiteltiin tilastollisella menetelmällä ja vapaan tekstin osuudet kirjoitettiin sananmukaisesti ja arvioitiin laadullisesti teemoittain. (Hardeek ym. 2008.)

Kaikkien tutkimukseen vastanneiden mielestä haittatapahtumat ovat merkitykseltään vähintään tärkeitä. Kysyttäessä haittatapahtumien syytä, melkein 2/3 vastaajista oli sitä mieltä, että syynä on yhteistyön ja kommunikaation puute terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Tutkimukseen vastaajat huomasivat, että terveydenhuollon ammattilaisten liian suuri työkuorma, stressi, väsymys ja kykenemättömyys kommunikoida tiiminä myötävaikuttivat siihen, että ehkäistävissä olevia haittatapahtumia tapahtui ja ne johtivat vakaviin haittoihin potilaalle. (Hardeek ym. 2008.)

Työyhteisöllä on vaikutus siihen, että virheitä uskalletaan tuoda esiin. Organisaatio oppii virheistä, jos virheet tuodaan esiin ja niiden syitä selvitetään syyllistämättä ja toimintaa kehitetään syiden pohjalta. Tämän on tapahduttava sekä yksilö-, työyhteisö- että organisaatiotasolla, mutta myös näiden tasojen välillä. Oppimisprosessi etenee läpi organisaation ja tieto liikkuu yksilötasolta organisaatiotasolle. Tiedon on liikuttava myös takaisin yksilötasolle. (Hardeek ym. 2008.)

5 CRM - CRISIS RESOURCE MANAGEMENT

Crisis Resource Managementin eli CRM:n perusajatus on se, että työryhmän sisäisten ja ulkopuolisten resurssien hallinta on mahdollisimman tehokasta turvallisuuden varmistamiseksi. CRM on saanut alkunsa ilmailusta, mistä sitä on alettu jalostaa terveydenhuoltoon tarkastuslistojen muodossa. Listat myös helpottavat tarkistamista, onko kaikki tarvittavat asiat tehty. Tarkastuslistojen tarkoitus on laadun varmistaminen. On huomattu, että varsinkin tilanteissa, joissa potilasta hoitaa iso joukko terveydenhuollon ammattilaisia, kommunikation ja tilannetietoisuuden merkitys korostuu. Yhteisen päämäärän ja toiminnan organisoiminen helpottavat potilaan tarkoituksenmukaista ja turvallista hoitoa. Tilanteen johtajan nimeäminen auttaa työnjaossa. Kun jokainen hoitotiimin jäsen on selvillä omasta vastuualueestaan ja työtehtävästään, saadaan kaikkien työntekijöiden voimavarat tehokkaasti käyttöön niin sanotuissa kriisitilanteissa. Toistuva suullinen tilannearvio, joka tarkoittaa potilaan tilan tarkastamista ja tiedottamista löydöksistä suullisesti toistuvasti, auttaa kaikkia hoitotiimin jäseniä pysymään tilannetietoisena potilaan tilasta. (Partanen 2010, 24 - 28; Handolin & Väisänen 2007, 1163 - 1165.)

Käytännössä CRM tarkoittaa viestintärutiineja, joiden avulla tieto ja työvoima käytetään tehokkaasti tehtävien suorittamiseen. Näitä rutiineja ovat toiminnan suunnittelu ja ennakointi, tilannetietoisuus, päätöksenteko, tehtävien jakaminen sekä toiminnan seuranta ja varmistus. Tavoitteena on inhimillisten virheiden välttäminen tai löytää keinot niiden hallintaan. Kyseessä on käytännön toimintatavat, joita voidaan oppia. (Helovuo ym. 2011, 183 - 185.) Sairaanhoidajien ja ensihoitajien peruskoulutuksessa tämä aihe on otettu huomioon. Lisäksi muun muassa Saimaan ammattikorkeakoulu on järjestänyt potilasturvallisuutta käsittelevää koulutusta, jossa tärkeässä osassa on ollut CRM-periaatteet (Suikkanen 2012, 158 - 159.)

5.1 Vuorovaikutus ja kommunikaatio

Vuorovaikutusta on sekä sanallista että sanatonta, ja ne tukevat toisiaan. Vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä asemassa ensihoitotyössä, niiden avulla saadaan tietoa potilaasta ja tapahtumista. Ensihoidossa kommunikaatiota ta-

pahtuu monien yhteistyötahojen kanssa, muun muassa hätäkeskuksen, potilaan, omaisten, hoitolaitoksen, muiden viranomaisten ja tärkeimpänä oman työparin, kanssa. (Seppälä 2002, 120 - 144.)

Kommunikaatio ja vuorovaikutus kehittyvät työparin kanssa työskennellessä, ja pitkään yhdessä työtätekevät hoitajat kokevat tietävänsä, ilman sanoja, mitä toinen ajattelee. Kuitenkin tulee tilanteita, joissa työparina ei olekaan tuttu ihminen, ja silloin kommunikaation ja vuorovaikutuksen merkitys korostuu. Terveystienhuollon ammattilaisten tulee kuitenkin ymmärtää ja hyväksyä, että saman tutun työparin kanssa työskenteleminen ei välttämättä takaa sujuvaa ja toimivaa kommunikaatiota, vaan kommunikaatioon tulee kiinnittää myös tällöin huomiota, jotta se tukisi potilasturvallista hoitotyötä. Myös ajatus siitä, että mitä tutumpi työpari on, sitä vähemmän puhetta tarvitaan, on vanhanaikainen, eikä tue nykyajatusta toimivasta ja hyvästä kommunikaatiosta.

Kommunikaatio liittyy olennaisesti potilasturvallisuuteen ja hoitovirheiden ennaltaehkäisyyn. Kommunikaation haasteina ovat usein toisilleen tuntemattomat hoitajat, hoitokäytäntöjen epäselvyys ja henkilöstöressurssien niukkuus, mikä tarkoittaa usein vaihtuvia sijaisia. (Kyngäs 2009, 3 - 4.)

5.2 ISBAR-menetelmä

Myöhemmin tässä työssä esitelty tarkistuslistat on siis kehitetty jonkin tietyn klinisen toimenpiteen ja siinä tapahtuvan kommunikaation tueksi. Alun perin 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa on kehitetty eräänlainen tarkistuslista myös kommunikaatiovälineeksi suullisen tiedonvälityksen parantamiseksi. Tämä SBAR-menetelmä, joka tunnetaan myös nimellä ISBAR (liite 2), levisi puolustusvoimilta ilmailuun ja sieltä terveydenhuoltoon. On tärkeää saada myös terveydenhuoltoon menetelmiä, jotka parantavat ja turvaavat kommunikaatiota ja tiedon välittymistä, sillä tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset myötävaikuttavat jopa 70 prosenttiin potilaille aiheutuvista haittatapahtumista. Etenkin yhteisten kielen puute terveydenhuollon nopeasti vaihtuvissa tilanteissa luo haasteita onnistuneelle kommunikaatiolle. (Kupari, Peltomaa, Inkinen,

Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29 - 31; Kupari & Rantanen 2012, 21 - 22.)

Pääasiassa kommunikaation heikkenemiseen vaikuttavat erilaiset organisaatioiden sisäiset kulttuurierot, eri ammattiryhmien välillä vallitsevat viralliset sekä epäviralliset suhteet sekä hierarkkisuus etenkin ammattiryhmien välillä. Henkilökunnan keskinäinen kunnioituksen puute sekä huono lähijohtaminen estävät omalta osaltaan myös onnistunutta kommunikaatiota, kuten myös epäselvyydet hoitovastuusta tiimin sisällä, sukupuoli, etninen tausta ja erilainen kommunikaatiotyyli hoitajien ja lääkäreiden välillä. (Kupari ym. 2012, 29 - 31; Kupari & Rantanen 2012, 21 - 22.)

Tämän tiedon pohjalta on siis täysin perusteltua kehittää myös terveydenhuoltoon yhtenäisiä suullisia kommunikaatiota parantavia menetelmiä, kuten ISBAR-menetelmä. ISBAR tulee sanoista Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation (Tunnista, Tilanne, Tausta, Nykytilanne, Toimintaehdotus). Tätä menetelmää voidaan käyttää erilaisissa toimintayksiköissä, kuten sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, avoterveydenhuollossa, kuntoutuksessa, pitkäaikaissosastoilla, psykiatrian yksiköissä tai kättilötyössä. Potilaan siirtoon liittyvät prosessit ovat kehittyneet tehokkaimmiksi tämän menetelmän myötä, siihen liittyvät tiedonsiirron ja kommunikaation katkeaminen aiheuttavat potilasturvallisuuden heikkenemisen ja tätä kautta jopa vaaratilanteita. (Kupari ym. 2012, 29 - 31; Kupari & Rantanen 2012, 21 - 22.)

ISBAR-listan käyttö tukee esimerkiksi ensihoidossa tapahtuvaa konsultaatiota tai raporttia luovutettaessa potilasta päivystyspoliklinikalle. Etenemällä listan mukaan kohta kohdalta konsultaatiopuhelusta tai raportista saadaan selkeä, tiivis sekä johdonmukainen. Identify tarkoittaa sitä, että esitellään, kuka konsultoi ja missä yksikössä työskentelee, tämän jälkeen kerrotaan potilaan nimi, ikä ja henkilötunnus. Situation-kohdassa kerrotaan syy konsultaatioon tai hoitoon toimittamiselle, Background-kohdassa kerrotaan lyhyesti potilaan nykyisistä sairauksista, ja mikäli on tiedossa, myös hänellä olevat mahdolliset perussairaudet ja lääkitykset tuodaan esille. Tämän jälkeen selitetään nykytilanne (Assesment), kerrotaan ainakin viimeisimmät vitaalielintoiminnot sekä muut oleelliset potilaan

tilaan vaikuttavat asiat. Viimeisenä tehdään jonkinlainen toimintaehdotus, esimerkiksi ehdotetaan jotain tiettyä lääkitystä, hoitotoimenpidettä tai konsultaatiossa kuljetuspaikkaa. Tärkeää on saavuttaa yhteinen tilannetietoisuus, joka varmennetaan suljetun ympyrän viestinnällä, jossa vastaanottaja toistaa kuulemansa. Vastaanottajalle annetaan myös mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin. (Kupari ym. 2012, 29 - 31.)

Tällainen uusi toimintamalli vaatii jokaiselta työyhteisön jäseneltä perehtymistä ja menetelmän opettelua. Tätä omaksumista tukee parhaiten se, että esimiestaso on myös sitoutunut uuden toimintamallin käyttöönottoon ja on valmis järjestämään työntekijöille koulutusta. Suurin haaste on monesti vanhasta poisoppiminen ja palaaminen vanhoihin toimintatapoihin. (Kupari ym. 2012, 29 - 31.)

5.3 Ei-tekniset taidot

Ei-teknisillä taidoilla tarkoitetaan tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, jotka tukevat ja täydentävät kliinistä osaamista ja myötävaikuttavat työtehtävän turvallisessa suorittamisessa. Ei-teknisistä taidoista ja sen merkityksestä tiimityöhön alettiin puhua ensimmäisenä 1990-luvulla ilmailussa. Ilmailusta on otettu malleja terveydenhuoltoon kommunikaation ja potilasturvallisuuden edistämiseksi ja parantamiseksi, niin myös ei-tekniset taidot ovat rantautuneet terveydenhuoltoon. (Helovuori ym. 2011, 186)

Aberdeenin yliopisto Iso-Britanniassa julkaisi ensimmäiseksi ei-teknisten taitojen kuvaukset anestesiologiassa - ANTS:n, jonka edelläkävijänä voidaan pitää NOTECHS-hanketta, jonka tarkoitus oli määritellä lentäjiltä vaadittavat ei-tekniset taidot. ANTS:n jälkeen ei-teknisten taitojen kuvauksia on tullut kirurgiaan (NOTSS – Non-Technical Skills for Surgeons) ja tehohoitoon. Perusrakenne on kaikissa ei-teknisten taitojen kuvauksissa sama, mutta toimintatapojen kuvaukset ja painotukset korostavat kyseisen erityisalueen ominaispiirteitä. Ei-teknisten taitojen perusviitekehys koostuu neljästä osa-alueesta: yhteistyön tukeminen, tehtävän koordinointi, tilannetietoisuuden ylläpito ja päätöksenteko. (Helovuori ym. 2011, 186 - 187; University of Aberdeen.)

5.4 ANTS – Anesthetist Non-Technical Skills

Helovuo ym. (2011, 188) toteaa anestesian toimineen suunnannäyttäjänä ei-teknisten taitojen koulutuksen laajentuessa terveydenhuoltoon. ANTS:n toimintatavat on koottu anestesiologien haastattelujen perusteella, missä haastatellut ovat miettineet ja kuvailleet tehtävän suorittamiseen ja koordinoimiseen liittyviä toimintatapojaan erityisesti vaikeissa potilastilanteissa sekä listanneet taitoja, joita he pitävät tärkeänä hyvässä anestesiakäytännössä. Kognitiivisella tehtäväänalyysilla pyrittiin mallintamaan anestesiaan liittyvää päätöksentekoa. Aineiston perusteella kategorioitiin anestesiologin ei-tekniset taidot ja määriteltiin näihin liittyvät toimintatavat. Luokittelun pohjana käytettiin ilmailussa kehitettyä NOTECHS-järjestelmää. ANTS:n viitekehys koostuu johtamisesta, yhteistyöstä, tilannetietoisuudesta ja päätöksenteosta.

5.4.1 Yhteistyö ja johtaminen

Ei-tekniset taidot ilmenevät tiimin välillä näkyvänä toimintana ja vuorovaikutuksena. Yhteistyö ja johtaminen voidaan luokitella sosiaalisiksi prosesseiksi, kun taas tilannetietoisuuden ylläpitäminen ja päätöksenteko ovat tiedonkäsittelyn taitoja, jotka myös edellyttävät tehokasta viestintää tiimin jäsenten välillä. Yhteistyön ja johtamisen keskeinen tavoite on tiimin resurssien tehokas hyödyntäminen. Hyvin toimivan tiimin kuuluisi tuntea toimivansa asiantuntijaryhmänä, eikä ryhmänä asiantuntijoita. Me-henki on oleellinen tiimin ilmapiirin kannalta. Koko tiimi on yksi suorittaja, työn tekijä, eivät yksittäiset henkilöt. Onnistunut yhteistyö edellyttää muiden tiimin jäsenten huomioon ottamista, valmiuksien arvioimista, tukea vaativissa tilanteissa ja avointa palautteen antamista. (Helovuo ym. 2011, 196 - 197.)

Hyvin toimivan tiimin toiminta vaatii koordinointia. Mitä enemmän tiimissä on henkilöitä, sitä haastavampaa ja taas toisaalta tärkeämpää toiminnan koordinointi on. Työtehtävien koordinointiin kuuluvat suunnittelu ja ennakointi, työkuorman hallinta, asioiden priorisointi sekä toiminnan ohjaaminen sovittujen päämäärien ja menettelytapojen mukaan. Työkuorman pitäisi jakautua tasaisesti henkilöiden välille. Työnjaon, toimintasuunnitelman ja sen toteuttamisen pitäisi olla kaikkien henkilöiden tiedossa. Hyvin toimivassa tiimissä vastuut on jaettu,

mutta kuka tahansa tiimin jäsenistä voi ottaa esille huomaamansa asian, joka oleellisesti vaikuttaa tehtävän suorittamiseen. Toimintaa ohjaavat yhteiset tavoitteet ja tiimi tunnistaa tehtävän kriittisimmät työvaiheet. Koordinointiin kuuluvat myös välipalaverit, joissa käydään läpi, mitä on tehty, mitä on tekemättä, mitä tehdään seuraavaksi tai onko tehtävän tavoite muuttunut tehtävää suorittaessa. (Helovuori ym. 2011, 196 - 197.)

5.4.2 Tilannetietoisuus

Tilannetietoisuus-käsitteellä tarkoitamme tässä opinnäytetyössä ensihoitajatyöparin ja isomman hoitotiimin välistä tietoisuutta hoitotilanteen kulusta. Jokaisen potilasta hoitavan tulee olla tietoinen, mitä tutkimuksia potilaalle on tehty, mitä hänelle tulee vielä tehdä, mitä tietoja tutkimusten perusteella on saatu, mitä hoitoja potilaalle tulee mahdollisesti aloittaa ja onko hoidoilla toivottu vaste.

Yksinkertaisimmillaan tilannetietoisuus on sitä, että tiimin jäsenet ovat tietoisia ympärillään tapahtuvista asioista (Helovuori ym. 2011, 198). Tilannetietoisuuden ylläpitäminen on kuitenkin hyvin vaikeaa, koska henkilön keskittyminen voi herpaantua erinäisten ulkoisten tekijöiden takia. Esimerkiksi jonkin toimenpide voi vaatia suorittajan huomion niin intensiivisesti, että henkilö ei rekisteröi ympärillä tapahtuvia asioita. Tiimin johtaja on omalta osaltaan vastuussa tiimin jäsenten tilannetietoisuuden ylläpitämisestä välipalaverien avulla, mutta myös jokainen tiimin jäsen on velvollinen aktiivisesti pitämään itsensä tilannetietoisena. Tiimityössä tärkeää onkin aktiivinen tiedon jakaminen toiminnan tärkeistä vaiheista, odottamattomista muutoksista tai poikkeamista suunnitelluista tavoitteista. On myös tarkoituksenmukaista tiedottaa selkeästi, jos jonkin tiimin jäsenen työtehtävä muuttuu. (Helovuori ym. 2011, 198).

Jotta tilannetietoisuus toteutuu toivotulla tavalla, tarvitaan hoitajien välille jatkuvaa ja kuuluvaa kommunikaatiota. Jokaisella tulee olla ajantasainen käsitys potilaan tilasta, hoidoista sekä hoidon vasteesta. Varsinkin jos usea hoitaja vastaa yhden potilaan hoidosta, kannattaa hoitovastuussa olevan hoitajan välillä käydä ääneen läpi, mitä tuloksia on saatu ja mitä on tehty. Tämä helpottaa, kun mieti-

tään, kuinka tilanteessa jatketaan, ja samalla kaikki saavat tilannetiedot, jos jokin on jäänyt aikaisemmin kuulematta.

Pyrittäessä hyvään tilannetietoisuuteen CRM nousee tärkeään rooliin. Esimerkiksi ensihoitajatyöparin välillä tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että hoitaja, joka tekee mittauksia ja tutkimuksia, ilmoittaa ääneen kirjaavalle hoitajalle saamansa tulokset. Kirjaavan hoitajan taas tulee toistaa tutkineen hoitajan kertoma tulos, jotta tämä voi varmistua, että hänen antamansa informaatio tulee kuulluksi ja kirjatuksi oikein. Sairaalamailmassa kommunikaation tueksi etenkin leikkaussaleissa on kehitetty avuksi esimerkiksi ”checklist”, joka käydään hoitotiimin kesken läpi ennen toimenpidettä. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa tällaisia listoja on kehitetty erityistilanteita, kuten kenttäanestesiaa varten.

5.4.3 Päätöksenteko

Potilaan hoitoon liittyvä päätöksenteko vaatii jatkuvaa suunnittelua, tarkkailua ja arviointia. Toisinaan päätöksentekoa voi miettiä ja punnita rauhassa, toisinaan taas päätöksenteko tapahtuu olosuhteiden pakosta nopeasti, ilman tilanteen arviointia eri näkökulmista. Oikean tiedon saaminen oikeaan aikaan on olennaista ja haastavaa päätöksenteon kannalta. Mikäli päätöksenteko todetaan jälkikäteen virheelliseksi, on tyypillistä, että päätöksentekijällä on ollut virheelliset tai puutteelliset tiedot päätöksenteon kannalta, siksi oleellista olisikin saada kaikki potilasta koskeva tieto jaetuksi tiimin välillä ja erityisesti päätöksentekijälle. Hierarkia ei saisi vaikeuttaa tiedon kulkemista, vaan hyvässä tiimityössä päätöksenteon kannalta on kyse nimenomaan moniammatillisesta yhteistyöstä ja kaiken saatavilla olevan tiedon hyödyntämisestä tehokkaan yhteistyön ja vuorovaikutuksen avulla. (Helovuori ym. 2011, 200 - 201.)

5.5 Tarkistuslistojen tarkoitus ja käyttö

Yhä tärkeämmäksi osaksi onnistunutta kommunikaatiota ja sitä kautta myös potilasturvallisuutta on nykyään tullut tarkistuslistojen käyttö. Ensimmäisenä tarkistuslistoja on käytetty lentoliikenteessä turvaamaan lentoturvallisuutta, mutta nyt ne ovat saavuttamassa suurta suosiota myös terveydenhuollon parissa. Suomessa ensimmäinen terveydenhuollossa käytetty tarkistuslista oli vuonna

2009 käyttöön otettu Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) kansainvälisen asiantuntijaryhmän kehittämä leikkaustiimin tarkistuslista. Se on osa WHO:n potilasturvallisuusallianssin (World Alliance for Patient Safety) maailmanlaajuista ohjelmaa, joka tähtää nimenomaan potilasturvallisuuden parantamiseen. (Kangasmäki 2010, 11 - 15.)

Tarkistuslistojen tarkoituksena on karsia inhimillisiä virheitä ja toimia muistilistana, jotta kaikki tarvittavat tehtävät tehdään, välineet muistetaan varata valmiiksi ja kaikki toiminnan vaiheet tulevat tehdyiksi. Tavoitteena on taata potilasturvallinen hoito yhdenmukaistamalla käytännöt niin, että tietyt asiat tehdään tietyllä tavalla huolimatta lääkäreiden ja hoitajien vaihtuvuudesta. Tarkistuslistoja käytettäessä pitää olla vastuuhenkilö, jonka vastuulla listan läpikäyminen on. Täytyy myös varmistua siitä, että koko tiimi on kuulolla ja tietoinen tilanteen kulusta, kun listaa käydään läpi.

5.5.1 Leikkaustiimin tarkistuslista

Jo aikaisemmin mainittu leikkaustiimin tarkistuslista (liite 3) on käytössä useissa maissa. Sen perusideana on jakaa leikkaussalissa tapahtuva toiminta kolmeen eri vaiheeseen: alkutarkistus ennen anestesian aloitusta, aikaisä ennen viiltoa ja lopputarkistus haavan sulkemisen jälkeen, ennen potilaan poistumista leikkaussalista. Näillä toimenpiteillä kiinnitetään leikkaustiimin huomio potilasturvallisuuden kannalta leikkaustoimenpiteeseen liittyviin keskeisiin riskeihin. Tutkittua tietoakin tarkistuslistan käytöstä on jo saatu. Kaikissa niissä sairaaloissa, joissa on otettu leikkaustiimin tarkistuslista käyttöön ja sen hyötyä on tutkittu, on huomattu, että komplikaatioiden määrä on selvästi vähentynyt. Myös leikkauskuolleisuuteen tarkistuslistalla on ollut positiivisia vaikutuksia. Huomattavinta niin komplikaatioiden määrän kuin kuolleisuudenkin lasku on ollut kehitysmaissa. (Kangasmäki 2010, 11 - 15.)

Hyvä esimerkki siitä, kuinka tarkistuslistoja on alettu muokata terveydenhuollon eri osa alueilla juuri niille sopiviksi, on esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avohoitotalossa suunniteltu lista erityisesti päiki- ja lyhkipotilaille eli päivä- ja lyhytjälkihoitoista kirurgiaa tarvitseville potilaille (liite 4). Se on muokat-

tu palvelemaan erityisesti näitä potilaita, ja sen suunnittelussa on otettu huomioon erityisesti päiki- ja lyhkipotilaiden pitkät hoitojaksot, joissa lähetteestä leikkaukseen saattaa mennä reilusti yli puoli vuotta. Tässä ajassa henkilökunta saattaa vaihtua jo moneen kertaan ja siksi potilasturvallisuutta parantaa se, että hoidon kannalta tärkeät tiedot ovat kirjattu tarkasti ylös. (Viitanen 2012, 30 - 31.)

Tarkistuslista on jaettu neljään osaan: ennen anestesiaa, ennen toimenpiteen aloitusta, ennen salista poistumista ja jatkohoito. Lista sisältää myös lisäohje- sekä teknisenosan, tähän kirurgi, anestesia- ja haastatteleva sairaanhoitaja kirjaavat päätökset ja hoito-ohjeet ja näin ne on helppo tarvittaessa tarkistaa yhdestä paikasta. Lista on jaettu myös värikoodeilla eri alueisiin, minkä on tarkoitus helpottaa entisestään listan luettavuutta, niin että jokaisen on kiireessäkin helppo tarkistaa tarvittava tieto. Toukokuussa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettiin 20 leikkauksen tutkimus, jossa 10:ssä oli käytössä päiki- ja lyhkipotilaille muokattu tarkistuslista. Vaikka tutkimus olikin melko pieni, saatiin selviä tuloksia siitä, että tarkistuslistan käyttö parantaa tiedonsiirtoa leikkaustiimin välillä. Erityisesti listasta näyttivät hyötyvän ne tiimin jäsenet, jotka osallistuvat yhtäaikaaisesti monen eri potilaan hoitoon, eli esimerkiksi anestesia- ja lääkärintähtimestari. (Viitanen 2012, 30 - 31.)

5.5.2 Hengitystien hallinnan tarkistuslista

Meilahden sairaalassa taas on otettu käyttöön etenkin päivystyspotilaita ajatellen hengitystien hallinnan tarkistuslista (liite 5). Päivystyksessä potilaan kannalta yksi kriittisemmistä toimenpiteistä potilasturvallisuuden kannalta on juuri hengitystien varmistaminen, se saattaa monesti olla hengen pelastava toimenpide. Tarkistuslistan myötä on yritetty myös kääntää ajatuksia pois siitä, ettei hengitystien hallinta olisi ainoastaan yksilösuoritus, joka tehdään tarkasti tietyn ajan puitteissa, vaan turvallinen ja tehokas työskentely vaatii osaavan tiimin. Siinä esille halutaan nostaa erityisesti riskinarvio, toiminnan suunnittelu, valmistautuminen, kommunikaatio ja johtaminen. (Kempainen & Rantanen 2012, 36 - 39.)

Etenkin niin suuressa ja vilkkaassa yksikössä kuin Meilahden sairaalan päivystys, henkilökuntaa on paljon ja näin ollen myös osaaminen sekä kokemus vaih-

televat. Tästä nousi hoitajien idea ja tarve toimintaa yhtenäistävän sekä perehdyttämistä helpottavan tarkistuslistan suunnittelulle ja toteutukselle. Listalla halettiin erityisesti korjata puutteita, joiden hoitajat olivat kokeneet aiheuttavan kaaoksen tunteen kriittisesti sairaan potilaan hoidossa. Näitä puutteita olivat esimerkiksi toiminnan suunnittelu, työnjako, välineiden tarkistaminen ja kommunikation puute.

Tarkistuslistalla on lista tehtävistä, välineistä ja toiminnan vaiheista muistintuiksi kiiretilanteessa. Tärkeänä toimintatapana pidettiin sitä, että listan työt jaetaan selvästi tiimin jäsenten kesken, niin että toimintaa johtava lääkäri on myös jaosta selvillä. Hengitystien hallinnan tarkistuslistaa testattiin simulaatioolosuhteissa. Tätä kautta todettiin, että paras keino listan käyttöön on valmistautua ensin toimenpiteeseen ja valmistautumisen jälkeen käydä lista läpi, niin että jokainen tiimin jäsen kuuntelee ja kuittaa oman vastuualueensa hoidetuksi. Tässä vaiheessa toiminta pysähtyy hetkeksi, mutta tätä pidettiin hyvänä asiana, koska tiimin tilannetietoisuus saatiin ajan tasalle. (Kempainen & Rantanen 2012, 36 - 39.)

5.5.3 Anestesiaintubaation tarkistuslista

Hyvänä esimerkkinä siitä, kuinka erilaisia jo valmiita tarkistuslistoja voidaan jalostaa esimerkiksi oman työyksikön käyttöön sopivaksi, on omassa koulussamme Saimaan ammattikorkeakoulussa kehitetty tarkistuslista anestesiaintubaatiota varten (liite 6). Tämä lista on koottu monista kansainvälisistä malleista, ja se on ollut nyt käytössä opetuksessa kahden vuoden ajan. Anestesiaintubaation tarkistuslista on kehitetty erityisesti ajatellen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa toimivia ensihoitajia, jotka ovat monesti melko kokemattomia intubaatiossa. (Saikko 2012, 46 - 47.)

Tarkistuslista jaetaan neljään, ennen intubaation suorittamista tapahtuvaan, osa-alueeseen: potilaan valmistelu, välineiden varaaminen ja tarkistaminen, henkilöstön työnjako ja pre-briefaus sekä vara- ja hätätoimenpiteiden suunnitelma. Näissä kaikissa vaiheissa toteutuu niin sanotut ANTS (anesthetists non-technical skills) –osatekijät, jotka ovat kuvattu ja selitetty myöhemmin tässä

työssä. Yleensä tilanne, jossa ensihoitaja joutuu anestesiaintubaation tekemään, on jo ilman intubaation suorittamistakin vaikea ja haastava. Saikko toteaa artikkelissaan, että tarkistuslistan käytön merkitys korostuu aina kiireisimmissä ja vakavimmissa tilanteissa, mutta rutiinitoimenpiteissäkin sitä tulisi hyödyntää huolimattomuudesta aiheutuvien virheiden karsimiseen. (Saikko 2012, 46 - 47.)

Anestesiaintubaation tarkistuslista auttaa samalla tavalla tukemaan muistia kuin muutkin tarkistuslistat. Samalla se helpottaa työnjakoa kiireellisessä tilanteessa, kun eri vaiheiden tehtävät ovat selkeästi kirjallisena. Tilanteen johtajan vastuulla on jakaa jokaiselle hoitotiimin jäsenelle tehtävät näiden kunkin osaamistason mukaan. Samalla kun johtaja käy listaa läpi kohta kohdalta ja tarkistaa, että jokainen on hoitanut oman vastuualueensa, tulee toimintaan pakostakin pieni tauko, mikä on hyvä tapa pysäyttää jokaisen tiimin jäsenen ”putkinäkötyöskentely” ja tuoda senhetkinen tilanne jokaisen tietoon. Periaatteena pidetään sitä, ettei toimenpidettä aloiteta ennen kun listan jokaisessa kohdassa on merkintä sen tarkistamisesta ja kaikki ovat valmiina. (Saikko 2012, 46 - 47.)

Tarkistuslistalla pyritään siis varmistamaan toimenpiteen turvallinen toteuttaminen ja tukemaan tehostettua kommunikaatiota. Vielä ei ole saatavilla tieteellistä tutkimusnäyttöä anestesiaintubaation tarkistuslistan hyödyistä hoitotyössä. Omassa koulussamme eri ensihoitajaryhmät ovat käyttäneet listaa simulaatioharjoitustilanteissa, ja näistä saatu palaute on ollut yksistään positiivista. On myös huomattu, että listan käyttö harjoituksissa on johtanut siihen, että hoitotason ammattitaidon arvioinneissa on ollut entistä turvallisimmin ja järjestelmällisemmin toteutettuja anestesiaintubaatioita, vaikka testien järjestäjä on kieltänyt listan käytön testeissä. Anestesiaintubaation tarkistuslistan käyttöönotto työyksiköissä vaatii sen, mikä on mainittu jo aiemmin tarkistuslistojen yhteydessä; henkilöstölle tulisi tarjota asiantuntevaa koulutusta potilasturvallisuudesta sekä tiimityöskentelystä simulaation keinoin. (Saikko 2012, 46 - 47.)

5.5.4 Muistisääntö vastasyntyneen elvytyksestä

Saimaan ammattikorkeakoulussa on tehty yhteistyössä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden ensihoidon kanssa elvytysohje sekä elvytyksen seurantalomake vastasyntyneen elvytykseen sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Opinnäytetyön tuloksena syntyi STAPIA-muistisääntö, jossa elvytyksen eteneminen jaetaan kuuteen kohtaan: stimuloi, toteaa elottomuus, avusta hengitystä, paineluvyytä, infuusioyhteys ja adrenaliini. Vastasyntyneen elvytys on ensihoidossa yllättävä ja äärimmäisen harvinainen tilanne, joka on ensihoitajille paineenalainen tilanne. Muistisäännön avulla tätä tilannetta pyritään helpottamaan. (Peräharvio, Ryyänen & Sara-aho 2012, 26 - 29.)

6 OPETTAMINEN JA OPPIMINEN

Koska opinnäytetyömme yksi tavoitteista ja toteutumismenetelmistä oli rakentaa ja toteuttaa oppitunti uusille ensihoitaja AMK-opiskelijoille, oli meidän tutustuttava ja opiskeltava myös teoriaa opettamisesta ja oppimisen eri muodoista sekä tutustuttava koulumme, Saimaan ammattikorkeakoulun, opetussuunnitelmaan. Meillä ei kummallakaan ole kokemusta opettamisesta ja halusimme oman opinnäytetyömme kautta saada valmiuksia myös tähän, koska tulevaan ammattiimme kuuluu myös jonkin verran opettamista ja ohjaamista.

6.1 Oppimiskäsitykset

Oppimiskäsityksiä on monia, Peltosen mukaan (2004, 47) oppimiskäsitys voidaan nykyisin luokitella joko kognitiiviseksi, konstruktivistiseksi tai kokemuksellisuutta korostavaksi. Behavioristinen oppimiskäsitys on hyvin opettajakeskeistä, minkä vuoksi se ei sovellu suunnittelemamme oppitunnin pitämiseen, koska emme halua asettaa itseämme varsinaisen opettajan asemaan, ”oppilaamme” ovat kuitenkin opiskelutovereitamme, vaikka ovatkin nuoremmalla vuosikurssilla. Kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaisessa opetuksessa suunnitelmat eivät ole tarkkoja, jolloin toteutus ja arviointi vaikeutuvat ja työmme toteutuksen tulee kuitenkin olla mahdollisimman selkeä. Koska aihesisällöt ovat jo ennalta valitut, emme pysty valitsemaan niitä yhdessä opiskelijoiden kanssa, kuten humanistisessa oppimiskäsityksessä. (Peltonen 2004.) Konstruktivistisen oppimiskäsityk-

sen mukaan on tärkeää ottaa huomioon oppijan valmiudet ja käsitykset. Uuden oppiminen perustuu aikaisempiin tietoihin, joihin uusi tieto yhdistyy. Oppiminen on hyvää, kun oppija käyttää aikaisempia tietorakenteita monipuolisesti. Tätä tiedon rakentamisen prosessia opetus tukee. (Puolimatka 2002.)

6.2 Konstruktivistinen oppimiskäsitys

Tutustuessamme näihin eri oppimiskäsityksiin päädyimme siihen, että konstruktivistinen oppimiskäsitys sopii parhaiten toiminnalliseen opinnäytetyöhömmme. Haluamme opetuksen olevan oppijälähtöistä ja erityisesti ottavan huomioon opiskelijoiden valmiudet oppia ja omaksua tietoa. Tällä tavoin konstruktivistinen oppimiskäsitys tuki parhaiten myös tavoitettamme siitä, että ryhmä, jolle opetustapahtuman pidimme, saisi meiltä tietoa, jonka se pystyisi yhdistämään jo aikaisemmin opetettuun ja opittuun tietoon. (Puolimatka 2002.) Oppiessaan yksilö rakentelee (konstruoi) kuvaa maailmasta ja muodostaa erilaisista maailman ilmiöistä selittäviä malleja. Informaatiota myös valitaan, tulkitaan ja suhteutetaan aikaisempien kokemusten ja rakenteiden kautta. Oppijan aktiivisuus ja olemassa oleva sisäinen malli suuntaa (orientoi) ja ohjaa hänen havaitsemistaan, valintojaan ja tulkintaansa. Uusi aines taas muovaa ja muuttaa aikaisempaa rakennetta. Tätä kutsutaan mieltäväksi tai tuottavaksi oppimiseksi. (Pelttonen 2004, 46 - 47.)

Olemassa olevaa tietorakennetta täydennetään oppijan ja opettajan välisessä tasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa eri opetusmenetelmien keinoin, oppijan tarpeiden mukaan. Tällöin oppija on aktiivinen tiedon rakentaja ja prosessoria. Opettaja on oppimisen ohjaaja ja mentori. (Hakala & Rekola 2008, 599.) Oppitunnillemme tämä konstruktivistisen oppimisen ideologia sopii erityisen hyvin, koska sekä oppitunnin pitäjät että oppitunnille oppijan roolissa osallistuvat, ovat opiskelijoita, joten olemme näin automaattisesti tasa-arvoisessa asemassa.

6.3 Opetussuunnitelma

Opetussuunnitelma on kirjallinen suunnitelma, joka antaa raamit ja ohjaa mil-laista koulutusta, opetusta, opiskelua ja oppimista koululaitoksen tulee opiskeli-joilleen tarjota. Tämä suunnitelma sisältää myös ne osaamistavoitteet, joihin

kussakin koulutuksessa pyritään. Osaamistavoitteilla tarkoitetaan sitä, että opettaja suunnittelee ja asettaa opiskelijoille tietyt tavoitteet, jotka toimivat myös opintojakson toteuttamisen runkona. Opettajan tulee ajatella aineen opettamisen sijasta nimenomaan opiskelijoiden oppimista. Kyse on näkökulman muutoksesta opiskelijakeskeisemmäksi. Osaamistavoitteiden suunnittelu auttaa opettajaa valitsemaan opintojaksoon parhaiten soveltuvan opetusmenetelmän. (Sara-aho 2011; Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2011.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, mitä CRM ja hyvä kommunikaatio tarkoittavat sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa osana potilasturvallisuutta sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida aiheeseen liittyvä oppimistapahtuma ensimmäisen lukuvuoden ensihoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää erityisesti, kun Potilasturvallisuus hoitotyössä -opintojaksoa kehitetään Saimaan ammattikorkeakoulussa.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme on edennyt prosessina idea- ja suunnitteluvaiheesta sen toteutukseen, arviointiin ja raportointiin.

8.1 Ideavaihe ja aineiston kerääminen

Opinnäytetyömme idea syntyi mielenkiinnostamme CRM:ää ja hyvää kommunikaatiota kohtaan. Pidimme myös mielekkäänä tehdä toiminnallinen opinnäytetyö, koska halusimme oppia, miten suunnitellaan ja toteutetaan hyvä oppimistapahtuma. Vilkka ja Airaksinen (2003, 9, 51) määrittelevät toiminnallisen opinnäytetyön siten, että toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämiskansio tai turvallisuusohjeistus. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi.

Tiedonhakuja suoritimme Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin kautta. Käyttämiämme tietokantoja olivat esimerkiksi Pubmed ja Terveystietä sekä artikkeleiden löytymiseen Arto ja Aleksi viitetietokannat. Tärkeimpiä hakusanoja olivat potilasturvallisuus, kommunikaatio, CRM, opettaminen ja oppiminen. Lisäksi tutustuimme Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajien opetussuunnitelmaan ja siinä erityisesti Potilasturvallinen hoitotyö -opintojaksoon.

Opinnäytetyön materiaalin valinnassa pyrimme käyttämään ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön suunnattua, mieluiten kotimaista alkuperää olevaa ensikäden materiaalia. Lähteiden luotettavuuden takaamiseksi käytimme uusimpia tunnettuja, arvovaltaisia lähteitä, artikkeleita ja kirjoja, joihin myös muut kirjoittajat ovat viitanneet.

Yhdistettyjä tutkimuksia ensihoidosta ja CRM:stä on melko vähän, etenkin suomenkielisiä, koska aihe on vielä nuori. Hyvää tietoa CRM:stä ja ensihoitajien välisestä kommunikaatiosta olemme saaneet opiskelun aikana eri kurssien yhteydessä. Koska tietokannoista löytämämme tieto oli riittämätöntä, päätimme hakea lisää näkökulmaa ja asiantuntijuutta ensihoidon työelämästä. Kävimme eräässä ensihoidon työyksikössä keskustelemassa 16 ensihoitajan kanssa siitä, mitä he ajattelevat kommunikaation olevan ensihoitajien välillä ja miten sen tulisi toimia.

Oppimistapahtumamme perustuu sekä tietokannoista löytämäämme tietoon että asiantuntijakeskusteluihin (liite 1), joilla haimme kokemustietoa oppitunnillemme näyttöön perustuvan toiminnan periaatteiden mukaisesti. Asiantuntijakeskusteluissa halusimme erityisesti tietoa siitä, mitä heikkouksia vastavalmistuneilla ensihoitajilla on havaittu kommunikaation ja vuorovaikutuksen osalta, ja miten sitä voitaisiin kehittää pitämämme oppimistapahtuman puitteissa. Haimme siis näkemystä työelämästä, jotta saisimme järjestetyksi mahdollisimman toimivan ja hyödyllisen oppimistapahtuman vasta koulutuksensa aloittaneille ensihoitaja-opiskelijoille ja saisimme osaltamme vaikuttaa kommunikaation tärkeyden huomiointiin jo opiskeluaikana.

8.2 Suunnittelu- ja toteutusvaihe

Oppimistapahtumamme oli osa kolmen opintopisteen laajuista Potilasturvallinen hoitotyö –opintojaksoa, ja se toteutettiin keväällä 2012. Lähdimme suunnittelemaan oppimistapahtumaa koulumme opetussuunnitelman ja kokoamamme teoria- ja asiantuntijatiedon pohjalta sekä selvittämällä opetukseen osallistuvan E-S11-ryhmän taustan.

Saimaan ammattikorkeakoulussa opetussuunnitelma uusittiin lukuvuonna 2010 - 2011 osaamisperustaiseksi opetussuunnitelmaksi. Oli luontevaa, että valitsimme oppimistapahtumamme pohjaksi opiskelijälähtöisen konstruktivistisen oppimiskäsityksen. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan tieto ja oppiminen rakentuvat suhteessa oppijan elämäkokemukseen ja aikaisemmin hankittuun osaamiseen. Konstruktivistista oppimiskäsitystä olemme kuvanneet aiemmin kappaleessa 6.2.

Perehdyimme siihen, mitä ryhmän E-S11 opetussuunnitelmassa Potilasturvallinen hoitotyö -opintojakson tavoitteista sekä sisällöstä sanotaan. Lisäksi saimme apua opintojakson vastuuopettajalta, joka myös toimi opinnäytetyömme ohjaavana opettajana. Opintojakson tavoitteina on, että opiskelija tuntee tärkeimmät potilasturvallisuutta ohjaavat ohjeet/strategiat, ymmärtää potilasturvallisuuden merkityksen terveydenhuollon laadun varmistamisessa, tuntee potilasturvallisuutta edistävät käytännöt ja suojausjärjestelmät, asennoituu vastuuntuntoisesti virheisiin ja läheltä piti -tilanteisiin sekä ymmärtää virheiden esille tuomisen merkityksen oppimisen ja turvallisen hoitotyön edistäjänä ja oman osuutensa siitä. (Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2011.)

Potilasturvallinen hoitotyö -opintojakso sisältää erityisesti potilasturvallisuuden kannalta seuraavia kokonaisuuksia: potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet ja strategiat, inhimilliset tekijät, potilas/asiakas potilasturvallisuuden edistäjänä, tiimityö, CRM, tekniset ja ei-tekniset taidot, yksilö- ja järjestelmänäkökulma potilasturvallisuuden edistämiseksi sekä vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen. (Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2011.) Meidän

oppimistapahtumamme keskittyi seuraaviin aihealueisiin: tiimityö, CRM, tekniset ja ei-tekniset taidot.

Tarvitsimme opiskelijaryhmän taustatiedot, jotta tiesimme, onko opiskelijoilla jo mahdollisesti kokemusta hoitoalalta ja minkälaiselle ryhmälle opetustapahtumaa menemme pitämään. Puolimatkan (2002) mukaan kaikki konstruktiviset opetus-tavat painottavat oppilaantuntemuksen merkitystä. Kun tiedetään opiskelijoiden tiedolliset valmiudet ja taustat, voidaan tukea heidän omaehtoista tiedonhankintaansa ja oppiminen on pysyvämpää. Olimme itse olleet samassa opiskeluvaiheessa vain kolme vuotta sitten, joten tiesimme melko hyvin ryhmän opiskelijoiden tietotason.

Etsimme perinteiseen yksittäiseen opetustapahtuman suunnitteluun liittyviä vastauksia kysymyksiin: Mitä? Missä? Kenelle? Milloin? Miten? Miten arvioin? (Pelttonen 2004.) Ryhmän E-S11 taustoja selvitettäessä selvisi, että ryhmässä on kaksikymmentäkaksi (n=22) opiskelijaa, joista puolet on naisia (11) ja puolet miehiä (11). Ryhmässä ei ollut yhtään opiskelijaa, jolla olisi aiempaa kokemusta sosiaali- ja terveysalalta, mutta ryhmäläisillä oli muita ammattitutkintoja, kuten sähköasentaja, insinööri ja kuvataiteilija. Ryhmän ikäjakauma oli opetushetkellä melko laaja, 19 ja 36 ikävuoden välillä. Nämä taustatiedot saimme ryhmän tutor-opettajalta.

Saimaan ammattikorkeakoulun osaamisperustaisen opetussuunnitelman mukaan ensimmäisen opiskeluvuoden teemana on perehtyä eettiseen ja turvalliseen hoitotyöhön. Tavoitteina on, että ensimmäisen vuoden aikana opiskelijalle kehittyä valmiudet tuntea inhimillisen käyttäytymisen merkitys, osata luoda luottamuksellinen vuorovaikutussuhde asiakkaaseen/potilaaseen sekä hahmottaa hoitotyö osana julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Lisäksi opiskelijan tulisi omaksua turvallisen hoitotyön käytänteitä sekä toimia hoitotyössä eettisten periaatteiden mukaan ja hallita perushoitotaidot. (Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2011.) E-S11-ryhmälle suunnitellun oppimistapahtumamme tarkoituksena oli muun muassa tukea näitä tavoitteita etenkin turvallisen hoitotyön ja vuorovaikutustaitojen osalta.

Pohdimme erilaisia toteutus- ja opetusmenetelmiä, jotka voisivat olla oppitunnillamme mahdollisia. Selvää oli, että meidän on ainakin jonkin verran käytettävä perinteistä luento-opetusta, koska näin saisimme parhaiten käytyä läpi keräämäämme teorian tietoa aiheesta. Halusimme kuitenkin käyttää oppitunnilla myös jotakin muuta opetusmenetelmää, jottei opetustapahtumasta tulisi liian yksitoikoinen ja opettajakeskeinen. Halusimme saada teorian havainnollistettua käytännön avulla. Yhtenä vaihtoehtona pohdimme, että olisimme havainnollistaneet teoriaa draaman keinoin esimerkiksi näyttelemällä tai simuloimalla oppimistapahtuman alussa jonkin hoitotilanteen, jossa hoitotiimin kommunikaatio ja vuorovaikutus eivät toimi lainkaan ja oppimistapahtuman jälkeen olisimme näytelleet saman tilanteen, jossa nämä olisivat toimineet hyvin. Vaihtoehtoisesti olisimme voineet kysyä ryhmän mielipidettä, mitä tilanteessa olisi pitänyt tehdä toisin, jotta kommunikaatio olisi ollut parempaa ja sitä kautta myös tilannetietoisuus olisi toteutunut.

Eräs mahdollisuus olisi ollut toteuttaa sekä teoriaosuus että simulaatioharjoitukset ryhmälle. Näitä ideoita ei kuitenkaan ollut mahdollista toteuttaa oppimistapahtumaan käytettävissä ajan vuoksi. Meillä oli käytettävissä vain rajallinen määrä aikaa eli kaksi 45 minuutin oppituntia ja asiaa melko paljon. Mikäli olisimme käyttäneet draamaa tai simulaatiota opetusmenetelmänä, olisimme joutuneet karsimaan suuren osan teoriaosuudesta, joka jo nyt oli melko tiivistetty. Tämän takia päädyimme viemään lähes koko oppimistapahtuman luento-opetuksena, joka Hakalan ja Rekolan (2008, 601) on käytännöllisin menetelmä silloin, kun opettajia on vähän ja opetettavia paljon sekä aikaa rajallisesti.

Halusimme kuitenkin saada myös käytännön mukaan opetustapahtumaan, jotta opetettava asia konkretisoituisi oppijoille. Päädyimme käyttämään tässä hyödyksi jo saatuja kokemuksia työelämästä. Kerroimme luennon aikana muutamia esimerkkejä, joita olimme itse kohdanneet ensihoitajan työssä ja näin ollen saimme hyvin nivottua teorian käytäntöön. Tämä osoittautui hyväksi menetelmäksi, sillä saimme tästä paljon positiivista palautetta opiskelijoilta.

Oppimistapahtuman lopuksi näytimme videon nimeltä ”Just a Routine Operation” tositapahtumasta, jossa leikkaustiimin epäonnistunut kommunikaatio johtaa

potilaan kuolemaan. Olimme nähneet tämän videon aikaisemmin omissa opinnoissamme, joissa käsiteltiin kommunikaatiota ja potilasturvallisuutta, ja se herätti meidän ryhmässämme paljon pohtivaa keskustelua. Siksi valitsimme videon näytettäväksi teoratiedon kertomisen jälkeen. Näin voimme käyttää lopputunnin keskusteluun ja oppitunnilla puhutut asiat jäivät mahdollisimman tehokkaasti mieleen opiskelijoille. Opiskelijat sanoivat tämän ratkaisun havainnollistaneen hyvin kommunikaation tärkeyttä.

Opetussuunnitelmaan tutustumisen ja taustatietojen selvittämisen jälkeen laadimme tuntisuunnitelman (liite 8). Koska kummallakaan meistä ei ole paljoa opetuskokemusta, päätimme tehdä hyvin yksityiskohtaisen tuntisuunnitelman, jossa jokaiseen aihealueeseen käytettävä aika on määritelty, samoin keskeiset asiat jokaisesta aihealueesta ja tehtävienjaon keskenämme. Tarkka tuntisuunnitelma helpotti opetuksen etenemistä sekä ajan jakamista eri aihealueille. Oppitunnin kokonaiskesto oli 2 x 45 minuuttia.

Laadimme oppimistapahtumaan Power point -diat ja tarkan suunnitelman siitä, miten jaamme aiheet ja kuinka kauan yhteen aihealueeseen on varattu aikaa. Valmistauduimme tunnille huolellisesti käymällä yhdessä läpi koko materiaalin. Hakalan ja Rekolan (2008, 601) mukaan mitä tahansa opetusmenetelmää käytettäessä suunnittelu on tärkeää, jotta opetustapahtuma täyttää sille asetetut tavoitteet. Etenkin kokematonta opettajaa helpottaa opetuksen toteutuksessa sekä myös jännityksen hallinnassa, kun tietää, mistä seuraavaksi kertoo ja mitä seuraavaksi tapahtuu.

Teoriaosuus käsitti johdannon aiheeseen eli perustelut, miksi kommunikaatio on tärkeää. Näytetyn videon kautta pystyimme opiskelijoiden kanssa pohtimaan teoriaa. Päätimme lopuksi kerätä palautteen opiskelijoilta oppimistapahtumasta siksi, että voimme kehittää itseämme opettajina.

Miettiessämme oppitunnin runkoa ja käytännön toteutusta kävimme läpi lukuisia toteutustapoja. Emme kuitenkaan halunneet tehdä itsestämme varsinaisia opettajia ryhmälle, vaan olla enemmänkin tasavertaisia opiskelijakollegoita, joilla on hieman enemmän käytännön kokemusta. Päädyimme siis hyödyntämään tähän

mennessä jo kertyneitä kokemuksiamme ensihoitajan ammatista. Vaikka opetustapamme pääpiirteissään olikin luennoiva, halusimme käytännön esimerkeillä herättää uusia ajatuksia oppijoissa sekä auttaa heitä niiden avulla jäsentämään myös laajoja tiedollisia rakenteita.

Konstruktivistisen oppimiskäsityksen lisäksi opetustapahtuman sisällölle tärkeät raamit antoi koulumme opetussuunnitelma ja opintojakson sisältö, jonka osa pitämämme oppitunti oli. Suunnittelimme tunnilla käsiteltävät aiheet yhdessä kurssista vastaavan opettajan kanssa, minkä jälkeen rakensimme keskenämme teoriakokonaisuuden.

8.3 Arviointivaihe ja palaute oppimistapahtumasta

Oppimistapahtuman pitäminen sujui melko hyvin, vaikka jännitimme oppitunnin pitoa jonkin verran. Olimme koko ajan tietoisia, milloin on oma vuoro ja mitä silloin tulee kertoa. Kerroimme teorian tueksi esimerkkejä työelämän tilanteista, joita olemme itse kohdanneet. Esimerkeillä haimme teorian siirtämistä käytännön tasolle ja ajattelimme teorian olevan siten mielekkäämpää. Tavoitteenamme oli, että opiskelijat saisivat mahdollisimman paljon hyötyä pitämästämme oppitunnista.

Oppitunnin päätteeksi keräsimme osallistuneilta opiskelijoilta palautteen pitämästämme opetustapahtumasta. Näitä palautteita saimme yhteensä kahdeksaltatoista ($f=18$) opiskelijalta, mihin voimme olla tyytyväisiä. Oppitunnille osallistui kaksikymmentä ($n=20$) opiskelijaa, mutta kaksi opiskelijaa lähti ennen oppitunnin loppua, ja he eivät siis ole antaneet palautetta. Ryhmän kaksi opiskelijaa ei osallistunut oppimistapahtumaan lainkaan.

Tunsimme saamamme palautteen tärkeäksi, koska opetustapahtuma toimi meille hyvänä oppimistapahtumana ja palautteen ansiosta voimme kehittää itseämme opettajina sekä ohjaajina ja saimme kuvan omista opetustaidoistamme. Oppimista voidaan parantaa arvioimalla ja pohtimalla, missä opetuksessa onnistuttiin ja missä voidaan muuttaa tai parantaa opetusta (Peltonen 2004).

Halusimme saada kirjallista palautetta, mutta emme kuitenkaan halunneet, että yhteensä 90 minuutin mittaisesta oppitunnista käytettäisiin iso osa palautteen kirjoittamiseen. Päädyimme keräämään palautteen yksinkertaisella kyselylomakkeella (liite 9), jonka olimme itse suunnitelleet ja laatineet juuri tätä opetus-tapahtumaa varten.

Lomake sisälsi kuusi väittämää, joihin opiskelijat vastasivat viisiportaisella Likert-asteikolla: täysin samaa mieltä – osittain samaa mieltä – en osaa sanoa – osittain eri mieltä – täysin eri mieltä. Väittämillä halusimme selvittää kuinka selkeänä, johdonmukaisena ja mielenkiintoisena opiskelijat oppimistapahtumaa pitivät, pitivätkö he meitä asiantuntevina ja kuinka tärkeänä he pitivät sisältöä sekä saivatko he uusia näkökulmia potilasturvallisuudesta. Palaute sisälsi myös kaksi vapaamuotoista kysymystä, joissa pyydettiin kertomaan ja lyhyesti perustelemaan, mikä opetuksessa oli hyvää ja mikä huonoa sekä arvioimaan käytettyjä opetusmenetelmiä. Vastaukset analysoitiin laskemalla eri vastausvaihtoehtojen frekvenssit.

Suurin osa opiskelijoista oli joko täysin samaa mieltä ($f=10$) tai osittain samaa mieltä ($f=7$) siitä, että opetus oli selkeää. Vain yksi opiskelija oli osittain eri mieltä opetuksen selkeydestä. Vastaajan mielestä erityisesti aloitusta ja asian ja aiheen esittelyä olisi pitänyt selkeyttää. Opetus oli johdonmukaista – väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 11 opiskelijaa ja osittain samaa mieltä 7 opiskelijaa. Samalla tavalla koettiin myös opetuksen mielenkiintoisuus. Suurin osa oli väittämän kanssa täysin ($f=9$) tai osittain samaa mieltä ($f=8$) ja yhdessä palautteessa tästä oltiin osittain eri mieltä. Kaikki vastaajat ($f=20$) olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että oppitunnin pitäjinä olimme asiantuntevia. Yhteensä 16 opiskelijaa oli täysin samaa mieltä sen kanssa, että opetuksen sisältö oli heille tarpeellista, osittain samaa mieltä tässä asiassa oli kaksi opiskelijaa. Opiskelijoista 12, eli kaksi kolmasosaa, oli täysin samaa mieltä siitä, että he saivat uusia näkökulmia potilasturvallisuudesta. Viisi opiskelijaa oli osittain samaa mieltä uusien näkökulmien saamisesta, ja yksi opiskelija ei osannut vastata kysymykseen heti tunnin jälkeen.

Vapaamuotoisen vastauksen halusimme kysymykseen, mikä opetuksessa oli hyvää ja mikä huonoa. Pyysimme myös lyhyttä perustelua vastaukseen. Avoimiin kysymyksiin vastasivat kaikki palautetta antaneet kahdeksantoista (18) opiskelijaa. Esiintymiseen liittyvää positiivista palautetta saimme erityisesti puhetyylin rauhallisuudesta, luontevasta esiintymisestä ja ajan käytöstä. Yhdessä palautteessa positiivista palautetta annettiin myös siitä, kuinka hyvin luotimme toisiimme oppituntia pitäessämme. Positiivista palautetta saimme myös perehtyneisyydestä ja asiantuntijuudesta, hyvästä tuntiin valmistautumisesta sekä siitä, miten onnistuimme nostamaan faktat ja keskeiset asiat selkeästi esille. Kiitosta sai myös tunnin päätteeksi esittämämme video ja se, että onnistuimme tuomaan asiat hyvin esiin ensihoitajan näkökulmasta. Monessa palautteessa onnistuneena pidettiin oppitunnin selkeyttä ja laajuutta. Erityisesti kertomiamme käytännön esimerkkejä pidettiin hyvinä ja valaisevina oppitunnin eri vaiheissa.

Palautteissa saimme jonkin verran myös negatiivisempaa palautetta, jonka pohjalta yritämme tulevaisuudessa kehittyä opettajina ja ohjaajina sekä myös esiintyjinä tilaisuuden tullen. Opetusta koskevassa avoimessa kysymyksessä negatiivisia ja rakentavia kommentteja oli yhdeksässä (9) palautteessa ja opetusmenetelmiä koskevassa kysymyksessä neljässä (4) palautteessa. Opetukseen liittyvää negatiivista palautetta tuli eniten ($f=5$) ajankohdasta ja siihen liittyvästä väsymyksestä. Jo aiemmin mainitsimme, että vastaajien mielestä oppimistapah-tuman aloituksen olisi pitänyt olla selkeämpi ja että aiheen esittelyyn olisi kannattanut käyttää enemmän aikaa. Keskustelua aiheesta myös toivottiin.

Palautteessa pyysimme vapaamuotoisia mielipiteitä käytetyistä opetusmenetelmistä sekä lyhyttä perustelua vastaukselle, 17 opiskelijaa vastasi tähän kysymykseen. Palautteiden mukaan erityisesti videosta pidettiin, koska sen koettiin tuovan mielenkiintoa ja se oli hyvä koonti tunnin aiheista. Powerpointesityksen opiskelijat tunsivat tukevan hyvin suullista esitystä ja siten koko oppituntia. Palautteista kävi myös ilmi, että erilaisten opetusmenetelmien, kuten Powerpoint-diojen, luennon ja videon, yhdistämistä pidettiin mielekkäänä opetustapana monipuolisuutensa ansiosta.

Yhteenvetona voi todeta, että palautteet olivat jopa yllättävän positiivisia, sillä tämä oli meille kummallekin ensimmäinen oppimistapahtuma, jonka olimme rakentaneet alusta asti itse. Opetustapahtuman onnistumisen kannalta on tärkeää, että erityisesti kokemattomat opettajat tai ohjaajat valmistautuvat kunnolla sekä perehtyvät käsiteltävään aiheeseen huolellisesti. Tämän oppimistapahtuman antaman kokemuksen mukaan silloin on helpompi esittää asiaansa sekä saavuttaa esiintymisessä luontevuus, selkeys ja johdonmukaisuus.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata, mitä CRM ja hyvä kommunikaatio tarkoittaa sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa osana potilasturvallisuutta, sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida aiheeseen liittyvä oppimistapahtuma ensimmäisen lukuvuoden ensihoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää erityisesti, kun Potilasturvallisuus hoitotyössä -opintojaksoa kehitetään Saimaan ammattikorkeakoulussa. Halusimme myös hyödyntää jo työelämässä toimivien ensihoitajien kokemuksia kommunikaation onnistumisesta ja miten kommunikaation kehittäminen voitaisiin ottaa paremmin huomioon jo opiskeluvaiheessa. Tavoitteena oli myös saada valmiuksia ja kokemusta opettamiseen ja ohjaamiseen, joka on osa ensihoitajan työtä.

Mielestämme tämän opinnäytetyön tekemisen myötä saimme paljon hyvää ja hyödyllistä tietoa toimivan kommunikaation ja vuorovaikutuksen merkityksestä potilasturvallisuuteen. Tutustuimme moniin kommunikaation apuvälineisiin, kuten erilaisiin tarkistuslistoihin ja saimme uutta tietoa, miten toteuttaa hyvää kommunikaatiota tulevassa ammatissamme. Ymmärsimme, että CRM ja hyvä kommunikaatio ei-kliinisinä taitoina ovat vähintäänkin yhtä tärkeä osa ammattitaitoa kuin kliiniset taidot.

Työelämässä olevien ensihoitajien näkökulma lopullisessa työssä jäi ehkä pienemmäksi, mitä olimme aivan alun perin suunnitelleet. Asiantuntijakeskustelujen kautta saimme kuitenkin hyödyllistä tietoa siitä, mitä onnistunut ja hyvä kommunikaatio heille merkitsee. Saimme heiltä myös tietoa, jota pystyimme

hyödyntämään oppitunnille valmistautuessamme sekä Powerpoint-esitystä valmistellessamme.

9.1 Oppitunnin onnistumisen arviointi

Opettamisesta opimme kaikkein eniten opinnäytetyömme yhteydessä. Opimme, miten suunnitella, toteuttaa ja arvioida oppimistapahtuma osana opintokokonaisuutta. Onnistunut opetustapahtuma vaatii paljon tiedon keräämistä eri lähteistä sekä tarkkaa suunnittelua tapahtuman toteutuksesta. Se, että taustatyö ja suunnittelu on tehty kunnolla, helpottaa opetuksen toteuttamista. Koimme hyväksi tavaksi suunnitella tarkasti kirjallisesti etukäteen, mitä kumpikin opettaja kertoo mistäkin aiheesta ja kuinka kauan yhteen aiheeseen on aikaa varattu. Tämä helpotti huomattavasti oppitunnin läpi viemistä niin, että pysyimme molemmat jatkuvasti tietoisina tapahtumien kulusta.

Opetustapahtumaa suunniteltaessa tärkeää on teoretieto erilaisista opetusmenetelmistä sekä oppimiskäsityksistä, jotta pääsee asetettuihin oppimistavoitteisiin. Tulee myös ottaa selvää opiskelijoiden tausta sekä tietotaso; samalla opetusmenetelmällä ei oppituntia voi pitää taustaltaan täysin erilaisille oppijoille. Opetusmenetelmää valittaessa kannattaa myös miettiä, mikä on itselle sopivin tapa opettaa ja esiintyä, jotta esiintyminen olisi mahdollisimman luontevaa.

Olisimme halunneet toteuttaa vielä keskusteleavamman oppimistapahtuman, toisin kuin tunnista lopulta muodostui. Tämä ilmeni myös palautteissa rakentavana kriittisenä asiana. Syitä tähän voidaan varmasti hakea esimerkiksi ajan puutteesta. Vaikka pyrimme tiivistämään oppitunnin asiat selkeäksi ja napakaksi kokonaisuudeksi, kaksi 45 minuutin oppituntia on lyhyt aika näin tärkeään aiheeseen kuin potilasturvallisuus ja CRM. Osittain tästä syystä oppimistapahtumasta tuli vähemmän vuorovaikutteinen opiskelijoiden kanssa kuin olisi ollut toivottavaa.

Yhtenä syynä keskustelun vähäisyyteen saattoi myös olla oppimistapahtuman ajankohta perjantai-iltapäivällä viimeisenä oppituntina pitkän luentopäivän lopuksi. Useammassa palautteessa nousi esille, että väsymyksen takia osalla

opiskelijoista oli ajoittain vaikea seurata luentoa. Esiintymisessä parannettavaa löytyy palautteiden mukaan äänenkäytöstä. Parissa palautteessa esille nousi myös, että johdonmukaisuus oli ajoittain puutteellista ja että eteneminen oli hidasta. Toisaalta johdonmukaisuutta ja luennon reippautta myös kehuittiin eli jonkin verran palautteissa oli myös ristiriitaisuuksia. Powerpoint-esitys sai osalta opiskelijoista kiitosta selkeydestä ja osalta taas moitteita tylsyydestä.

Opinnäytetyön toteutuksessa hankalinta oli lähteiden etsintä. Lähteitä, joissa puhuttaisiin suoraan CRM:sta tai kommunikaatiosta ensihoidossa, on olemassa hyvin vähän. Onnistuimme kuitenkin toteuttamaan opinnäytetyötämme tavoitteidemme mukaisesti, vaikka opinnäytetyöprosessin edetessä jouduimme välillä hieman muokkaamaan niin tavoitteita kuin toteutusta.

9.2 Eettiset näkökulmat

Opinnäytetyötämme varten anoimme ja saimme tutkimusluvan Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden toimialajohtaja Päivi Vehmasvaaralta. Ensimmäinen opinnäytetyömme eettinen näkökulma on, että oppimistapahtumamme oli osa Potilasturvallinen hoitotyö –opintojaksoa, joten meidän täytyi ottaa huomioon, että oppituntimme sisältö soveltuu kurssin runkoon ja koulumme opetussuunnitelmaan. Aiherajauksen tuli olla tämän vuoksi tarkka, ja oppitunnilla puhuttavien asioiden tuli perustua faktoihin.

Toinen eettinen näkökulma on oppimistapahtuman vapaaehtoisuus opiskelijoille. Koska oppitunti oli osa opinnäytetyötämme, emme siis voineet velvoittaa ketään osallistumaan vasten tahtoaan. Oppitunnista kerätyn palautteen anto oli myös vapaaehtoista ja tämä kerrottiin opiskelijoille. Opiskelijapalaute raportoitiin niin, että yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Palautteet säilytettiin ja hävitettiin analyysin jälkeen asianmukaisesti.

Kolmas eettinen näkökulma opinnäytetyössämme on keskusteluun osallistuneiden työelämässä olevien ensihoitajien vapaaehtoinen osallistuminen keskusteluun, lupa keskustelujen nauhoittamiseen sekä tunnistamattomuuden säilymi-

nen. Keskustelujen tarkoitus oli saada työelämässä olevien ensihoitajien näkemyksiä tueksi ja hyödyksi oppitunnin suunnittelua varten näyttöön perustuvan toiminnan periaatteiden mukaan. Nauhoitteet säilytettiin opinnäytetyöprosessin ajan ja hävitettiin sen jälkeen asianmukaisesti.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Suunnitellessamme opinnäytetyötä olisimme halunneet yhdistää simulaatio-opetuksen oppimistapahtumamme aiheeseen. Tämän opinnäytetyön puitteissa kuitenkin aika loppui kesken, koska simulaatio-opetus tarvitsee resursseja. Ensinnäkin opetettava ryhmä pitäisi jakaa pienemmiksi ryhmiksi ja tämä ottaisi paljon aikaa ja tarvitsisi myös opettajien aikaa, koska emme itse osaa käyttää simulaatiolaitteita. Siksi päädyimme jättämään simulaatio-opetuksen pois. Mutta hieman isommilla resursseilla tulevaisuudessa voisi suunnitella CRM:n ja kommunikaation opetusta simulaation keinoin, joko niin, että opetettava ryhmä itse osallistuu simulaatioharjoitukseen tai sitten niin, että heille opetetaan simulaatioharjoituksen avulla, mitä on CRM ja ensihoitajatyöparin välinen hyvä kommunikatio.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla selvittää työelämässä olevien ensihoitajien tietotason CRM:stä ja koulutustarpeesta. Jos halukkuutta lisäkoulutukseen CRM:stä ilmenisi, niin voisi suunnitella koulutuskokonaisuuden työelämässä oleville ensihoitajille. Tässäkin tapauksessa voisi miettiä simulaatio-opetuksen mahdollisuutta.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Hakala, T. & Rekola, L. 2008. Oppiminen, opettaminen ja valistus ensihoitajan työssä. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M. & Rekola, L. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 599, 601.

Handolin, L. & Väisänen, O. 2007. Traumatiimin simulaatiokoulutus – kuinka harjoitella ryhmätyönä suoritettua kriittistä hoitotapahtumaa? Suomen lääkäri-lehti 62 (11), 1163 - 1165.

Hardeek, H., Gjelsvik, A., Kobayashi, L. & Clyne, B. 2008. Brown University. Warren Alpert Medical School of Brown University.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249904> (luettu 27.9.2012)

Helovuo A, Kinnunen M, Peltomaa, K & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus - Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja 10, 11 - 15.

Kemppainen, M. & Rantanen, A. 2012. Tarkistuslista päivystyspotilaan hengitystien hallinnassa. Systole 2, 36 - 39.

Kinnunen, A. 2002. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 2 - 6.

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia 230.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja 3, 29 - 31.

Kupari, P. & Rantanen, T. 2012. ISBAR auttaa viestimään oleellisen. Systole 2, 21 - 22.

Kyngäs, H. 2009. Potilasturvallisuus. Tutkiva hoitotyö 7(3), 3 - 4.

Partanen, M. 2010. Vähin välinein alkuun - johtajat paljon vartijoina. Systole 2, 24 - 28.

Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisissa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Peräharvio, M., Ryyänen, N. & Sara-aho, A. 2012. STAPIA Vastasyntyneen elvytyksessä. Systole 1, 26 - 29.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Stakes, Työpapereita 28/2006.
<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> (luettu 24.4.2012)

Potilasvahinkolaki 879/1998

Puolimatka, T. 2002. Opetuksen teoria – konstruktivismista realismiin. Helsinki: Tammi.

Rintanen, H., Hämäläinen, P., Kaila, M., Kokkola, T. & Vuorekoski, L. 2010. Mitä potilasturvallisuus tarkoittaa? Suomen lääkärilehti 65(12), 1116 - 1122.

Saikko, S. 2012. Tarkistuslista anestesiaintubaatiossa. Systole 2, 46 - 47.

Saimaan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2011.
<http://ops.saimia.fi/opsnet/disp/fi/welcome/nop> (luettu 17.5.2011)

Sara-aho, A. 2011. Potilasturvallisuuden osaaminen ensihoitajan ja sairaanhoitajan opetussuunnitelmassa Saimaan ammattikorkeakoulussa.

Seppälä, J. 2002a. Kommunikaatio ensihoidossa. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 129 - 144.

Seppälä, J. 2002b. Vuorovaikutus ensihoidossa. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 120 - 128.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän valmisteleva ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:5.

Suikkanen A. 2012. Potilasturvallisuusosaamista simulaatiolla. Tehohoito 30 (2). 158 - 159.

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Stakes, Työpapereita 28/2006.
<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> (luettu 24.4.2012)

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. 2008. HaiPro-vaaratapahtumien raportointimalli.
http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/hankkeet/haipro_.htm (luettu 17.5.2011)

Terveystoimintalaki (1326/2010)

University of Aberdeen. Anaesthetists`Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v.1,0. Framework for Observing and Rating Anaesthetists`Non-Technical Skills.

http://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/ants/ants_handbook_v1.0_electronic_access_version.pdf (luettu 11.5.2011)

Viitanen, M. 2012. Tarkistuslista päiki- ja lyhkipotilailla. Pinsetti 1, 30 - 31.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1 Asiantuntijakeskustelujen teemat

Liite 2 ISBAR - menetelmä

Liite 3 Leikkaustiimin tarkistuslista

Liite 4 Tarkistuslista päiki- ja lyhkipotilaille Oulun yliopistollisen sairaalan avohoitotalossa

Liite 5 Meilahden sairaalan ilmatien hallinnan tarkistuslista

Liite 6 Saimaan ammattikorkeakoulun anestesiaintubaation tarkistuslista

Liite 7 STAPIA-muistisääntö vastasyntyneen elvytyksestä

Liite 8 Tuntisuunnitelma

Liite 9 Palaute opetustapahtumasta

ASiantuntijakeskustelun teemat

- Mitä tulee mieleen työparin välisestä kommunikaatiosta?
- Millaista kommunikaatio on sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa tällä hetkellä?
- Millä keinoilla kommunikointia voitaisiin parantaa työelämässä?
- Miten kommunikaatio voitaisiin ottaa huomioon jo opiskelujen aikana?

ISBAR-MENETELMÄ

1. Identify - tunnista	<ul style="list-style-type: none"> • nimesi, ammatti, yksikkö • potilaan nimi, ikä, sosiaaliturvaunnus
2. Situation - tilanne	<ul style="list-style-type: none"> • syy raportointiin
3. Background - tausta	<ul style="list-style-type: none"> • nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat
4. Assesment - nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> • vitaalielintoiminnot • oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5. Recommendation - toimintaehdotus	<p>EHDOTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • tarkkailun lisäämistä • toimenpidettä • siirtoa toiseen yksikköön • hoitosuunnitelman muutosta <p>VARMISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • kuinka kauan..? • kuinka usein..? • kuinka otan uudelleen yhteyttä..? • onko vielä kysyttävää? • olemmeko samaa mieltä?

LEIKKAUSTIIMIN TARKISTUSLISTA

Ennen anestesian aloitusta	Ennen viiltoa	Ennen leikkaussalis- ta poistumista
Alkutarkistus	Aikalisä	Lopputarkistus
<p>Henkilö ja toimenpide varmistettu</p> <p>-anestesiologi varmistaa ääneen, että potilaan nimi ja henkilötunnus on tarkastettu, toimenpide vahvistettu ja potilaalta/omaiselta saatu suostumus toimenpiteeseen</p> <p>Leikkausalue / -puoli varmistettu</p> <p>Ei tarvetta</p> <p>- valvova hoitaja ilmoittaa leikkausalueen ja onko merkitty</p> <p>Anestesiavalmius vahvistettu</p> <p>anestesiologi vahvistaa ”tarkistettu”, mikäli seuraavat asiat on huomioitu / suoritettu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASA –luokka • Perussairaudet ja peruslääkkeet • Leikkausta edeltävä lääkitys • Tromboosi- ja antibiootti-profylaksia • Vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet • Proteesit ja implantit • Laboratoriovastaukset huomioitu • Anestesiavälineistö tarkistettu 	<p>Nimet ja tehtävät tiedossa</p> <p>- jokainen varmistaa ääneen että kaikki leikkaussalissa tuntevat toisensa tai ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)</p> <p>Potilas, leikkauskohde ja toimenpide</p> <p>- leikkaava lääkäri vahvistaa suullisesti potilaan, leikkauskohteen ja toimenpiteen</p> <p>Kriittiset tekijät huomioitu ja kerrottu</p> <p>- leikkaava lääkäri, anestesiologi ja hoitajat vahvistavat, että leikkauksen kriittiset asiat on huomioitu ja käyty läpi muun leikkaustiimin kanssa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leikkaava lääkäri: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto • Anestesiologi /anestesiahoitaja: Eri-tyiset potilaskohtaiset huolenaiheet • Leikkaushoitajat: Steriliteetti varmistettu. Välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla. Diatermialevyn paikka huomioitu. 	<p>Instrumentit laskettu ja täsmäävät</p> <p>-leikkaushoitajat vahvistavat ääneen, että instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärä on laskettu ja täsmää</p> <p>Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit kirjattu</p> <p>- valvova hoitaja vahvistaa leikkaavalta lääkäriltä että diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodi on kirjattu oikein</p> <p>Näytteet merkitty</p> <p>- valvova hoitaja varmistaa, miten näytteet on merkitty, että niissä on potilaan tiedot ja ne ovat valmiina lähetettäväksi</p> <p>Välineistöongelmat kirjattu</p> <p>- valvova hoitaja vahvistaa, että on kirjattu mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava</p>

<p>Pulssioksimetri asennettu ja toimii <i>-anestesiahoitaja vahvistaa luke-malla happisaturaation</i></p> <p>Allergiat tiedossa <i>-anestesiologi sanoo potilaan allergiat tai että niitä ei ole</i></p> <p>Vaikea hengitystie / aspiraation vaara</p> <p>-Ei ole</p> <p>-On ja välineet saatavilla</p> <p><i>- anestesiologi vahvistaa että vaikea ilmatie tai aspiraatiovaara on huomioitu ja tarvittavat väli-neet saatavilla</i></p> <p>Verenvuotoriski yli 500 ml (lap-silla 7ml/kg)</p> <p>-Ei ole</p> <p>-Yli 500 ml, huomioitu</p> <p><i>- anestesiologi vahvistaa suoniyh-teyden riittävyyden ja että vuodon korvaus on suunniteltu, mikäli korkea vuotoriski</i></p>	<p>Antibioottiprofylaksia</p> <p>-Annettu 60 min sisällä</p> <p>-Ei tarvita</p> <p><i>- anestesiahoitaja mainitsee kellonajan, milloin abprofylak-sia on annettu, tai että sitä ei tarvita</i></p> <p>Radiologiset kuvat</p> <p>-Esillä</p> <p>-Ei tarvita</p> <p><i>- valvova hoitaja vahvistaa, että tarvittavat radiologiset kuvat ovat esillä, mikäli niitä tarvitaan</i></p>	<p>Jatkohoito-ohjeet annet-tu</p> <p><i>- leikkaava lääkäri, anes-tesiatiimi ja leikkaushoita-jat vahvistavat, että ovat käyneet läpi potilaan toi-pumiseen liittyvät riskit ja jatkohoitomääräykset</i></p> <p>Poikkeamat kirjattu</p> <p><i>- valvova hoitaja vahvis-taa, että mahdolliset poik-keamat</i></p> <p><i>hoidossa on kirjattu</i></p>
--	---	---

TARKISTUSLISTA PÄIKI- JA LYHKIPOTILAILLE OYS:N AVO-HOITOTALOSSA

Potilaan nimi/ tarra	Toimenpiteen pvm:	Jatkohoito:
Ennen anestesian aloitusta	Ennen toimenpiteen aloitusta	
1. <input type="checkbox"/> Henkilöllisyys on tarkistettu <input type="checkbox"/> Henkilötietoranneke laitettu		<input type="checkbox"/> kotiin <input type="checkbox"/> yöheräämöö <input type="checkbox"/> osastolle
2. <input type="checkbox"/> Leikkaava kirurgi antanut leikkaus informaation potilaalle	19. Leikkaustiimillä on tiedossa <input type="checkbox"/> potilaan henkilöllisyys <input type="checkbox"/> leikattava puoli <input type="checkbox"/> suunniteltu toimenpide	Ompeleiden poisto <input type="checkbox"/> kyllä: _____vrk <input type="checkbox"/> ei poistettavia ompeleita
3. <input type="checkbox"/> Toimenpide hoidonvarauksen mukaan	20. <input type="checkbox"/> Onko antibioottiprofylaksia annettu ennen verityhjiötä?	SVA: _____ _____
4. Leikattava alue merkitty <input type="checkbox"/> oikea <input type="checkbox"/> vasen <input type="checkbox"/> muu	21. Postoperatiiviset antikoag. hoito-ohjeet huomioitu <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Reseptit: <input type="checkbox"/> kyllä: _____ <input type="checkbox"/> ei tarvitse
5. Leikkausasento <input type="checkbox"/> selkä <input type="checkbox"/> vatsa <input type="checkbox"/> kylki vasen/oikea <input type="checkbox"/> rantatuoli <input type="checkbox"/> muu _____	22. <input type="checkbox"/> PAD ym. näytteet on kirjattu ja lähetetty ko.yksiköihin <input type="checkbox"/> hoitosuunn.lomake tulostettu ja viety asianomaisen tiimin lokeroon	Liikarajoitukset: <input type="checkbox"/> kyllä _____ <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kipsaus <input type="checkbox"/> geisha-tossu <input type="checkbox"/> salissa <input type="checkbox"/> seur.pvä
6. Käytetäänkö antibioottiprofylaksiaa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	23. <input type="checkbox"/> Leikkaushoitokaavake on täytetty ja välineistö täsmää	Fysikaalisen ohjauksen tarve: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
7. Käytetäänkö verityhjiötä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> valmiiksi ennen leikkausta <input type="checkbox"/> leikkauksen alussa steriilisti	24. <input type="checkbox"/> asetetut dreinit : ____ kpl <input type="checkbox"/> imu <input type="checkbox"/> ei imua	Post.op.kontr.rtg ennen kotiut. <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Kontrolliaika: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
8. Käytetäänkö tromboosiprofylaksiaa? <input type="checkbox"/> farmakologinen <input type="checkbox"/> mekaaninen <input type="checkbox"/> ei tarvita	Lisäohjeita / -määräyksiä: (Esim. käytettävät instrumentit ja -setit, lääkemääräykset, anestesiaohjeet)	Leikkausryhmä ja koodit
9. Käytetäänkö läpivalaisua? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		Dg koodit (Lesu ja Oberon) _____
10. Käytetäänkö mikroskooppia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		Toimenpide koodit (Lesu) _____
11. Onko potilaalla joku näistä: a)nivelproteeseja b)tahdistin c) muita metalleja d)lävistyksiä <input type="checkbox"/> kyllä (ympyröi) <input type="checkbox"/> ei		Leikkausryhmä _____ Anest.koodit: _____
12. <input type="checkbox"/> Ihon kunto tarkistettu		
13. <input type="checkbox"/> Ravinnotta olo tarkistettu		Anestesiaryhmä _____
14. Onko potilaalla allergiaa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		<input type="checkbox"/> saneltu (kasetti) <input type="checkbox"/> digisaneltu
15. <input type="checkbox"/> Hakija -/ <input type="checkbox"/> Seurana 1 vrk		
16. <input type="checkbox"/> Perussairaudet ja -lääkitykset on huomioitu		
17. Anestesiamuoto Lesun mukainen <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
18. Laboratoriokokeet ja ekg <input type="checkbox"/> otettu <input type="checkbox"/> katsottu <input type="checkbox"/> ei tarvita		

MEILAHDEN SAIRAALAN ILMATIEN HALLINNAN TARKISTUS-LISTA

1. Esihapetus käynnissä

- varaajapussi palkeessa täynnä, O₂-virtaus > 15l/min

2. Suoniyhteys (mielellään x 2) ja nesteytys menossa

3. Potilaan monitorointi varmistettu

- SpO₂
- rytmin monitorointi
- invasiivinen RR-mittaus/ non-invasiivinen RR-mittausväli 2 - 3min

4. Lääkkeet

- anesteetit
- noradrenaliini-infuusio valmiina + bolus ruiskussa (infuusio-laimennosta)

5. Ilmatievälineet

- intubaatioputki + 10 ml ruisku
- laryngoskooppi
- kara + liukastingeeli
- kanttinauha/teippi
- imu tarkistettuna
- varmista anestesia­lääkäriltä mikä on toimintamalli, jos intubaatio ei onnistu (esim. i-gel, Glideskope)

6. Muu valmistelu

- optimoi potilaan asento (tyyny pään alle, sängyn pääty koholle)
- tarvittaessa intubaatiossa avustaminen (rengasruston painaminen, suupielestä vetäminen, laryngoskoopin kahvasta vetäminen)

Huomioitavaa:

- ensisijaisesti potilaalle tulee laittaa invasiivinen RR-mittaus ennen intubaatiota, jos potilaan tila sen sallii
- kapnometri kiinni intubaatioputkeen heti, kun putki paikoillaan → intubaatioputken sijainnin varmistus
- NML intubaation jälkeen
- seniorianestesia­lääkärin puhelinnumero

SAIMAAN AMMATTIKORKEAKOULUN KENTTÄANESTESIAN TARKISTUSLISTA

1 A-B-C-D-E

- Työdiagnoosi valmis/indikaatio tiedossa? ☐
- Onko kysymyksessä vaikea intubaatio? ☐
- Onko esihapetus jo käynnissä? ☐

2 Monitorointi

- Rytmi_____ Syke_____ Verenpaine_____ SpO2_____ EtCO2_____ ☐

3 Välineet

- Skooppi / Putki + kara / Ruisku / Stetoskooppi / Kiinnike ☐
- Hengityspalje / Happilähde / Toimiva imulaite!! ☐
- Vaihtoehtoinen väline varattu intubaatiolle! ☐

4 Lääkkeet

- Käytettävät lääkkeet ja annokset:
 _____mg
 _____mg
- Lääkkeiden annokset - ikä / paino / verenpaine ☐
- Toimiva I.V reitti / nesteet _____ml ☐

5 Henkilöstö

- Suorittajalla hyvä sijainti ja riittävä tila ☐
- Lääkitsijä on briefattu ☐
- Kellottaja on briefattu - aikarajat/yritysten lukumäärä? ☐
- Kriokoruston painaja on briefattu ☐
- Kaularangan tukija on briefattu - kaulurin avaus laryngoskopiassa! ☐

6 Varasuunnitelma

- Mikä on ja koska toteutetaan? _____

7 Hätsuunnitelma

- Mikä se on? _____

STAPIA – MUISTISÄÄNTÖ VASTASYNTYNEEN ELVYTYKSES- SÄ

S = Stimuloi, jos lapsi ei reagoi kohdun ulkoiseen ympäristöön.

T = Totea elottomuus mahdollisimman nopeasti.

A = Avusta hengitystä, se on keskeisin apukeino.

P = Paineluelvytä, jos hengitys ei käynnisty ja syke jää matalaksi.

I = Infuusioyhteys aloitetaan kanyloimalla perifeerinen suoni.

A = Adrenaliinia käytetään elvytyksen lääkehoitona.

TUNTISUUNNITELMA

aihe	pvm	tavoitteet/ osaaminen	sisältö	menetelmät	käytettä- vä aika
Ensihoitaja- työparin välinen kommuni- kaatio	13.4.2012 perjantai klo 14.15- 15.45	Kurssi: Poti- lasturvallinen hoitotyö, Opintojakson tavoitteet: opiskelija asennoituu vastuuntun- toisesti virhei- siin ja läheltä piti – tilanteisiin, ymmärtää virheiden esil- le tuomisen merkityksen oppimisen ja turvallisen hoitotyön edistäjänä ja oman osuu- tensa siinä	tiimi- työ, CRM, tekni- set ja ei- tekni- set taidot	Powertpoint- esitys, video kommunikaati- osta ja sen seu- rauksista	oppitun- nin kesto 2 x 45 minuut- tia

aihe	sisältö	kumpi pitää	käytettävä aika
itsemme esittely	kerromme itsestämme	molemmat	2 min
opinnäytetyömme esittely	opinnäytetyömme tavoitteet ja toteutus	Satu	5 min
johdanto aiheeseen	keskustelua aiheesta, mitä opiskelijoille tulee mieleen työparin välisestä kommunikaatiosta	Sonja	3 min
vuorovaikutus ja kommunikaatio	sanaton ja sanallinen vuorovaikutus ja vv taitojen merkitys, sudenkuopat	Sonja	5 min
CRM eli Crisis Resource Management	historia, mistä otettu terveydenhuollon käyttöön, mitä tarkoittaa, miksi ja miten järkevää käyttää ensihoidossa, checklistit	Satu	10 min
potilasturvallisuus	mitä tarkoittaa, miksi tärkeää, hyvät tavat potilasturvallisuuden edistämiseksi, ANTS	Sonja	10 min
tilannetietoisuus	merkitys ryhmän toiminnassa, osa potilasturvallista ja sujuvaa hoitotyötä	Satu	5 min
video "Just a Routine Operation"	epäonnistuneen kommunikaation seuraukset	molemmat	15 min
keskustelu videosta	mitä ajatuksia opiskelijoille heräsi videosta (mikä meni hyvin, mikä meni huonosti)	molemmat	25 min
palaute opiskelijoilta	kirjallinen palaute oppitunnista, mikä meni hyvin, mitä olisi voinut parantaa	molemmat	10 min

KURSSI: POTILASTURVALLINEN HOITOTYÖ

OPPITUNNIN AIHE: ENSIHOITAJATYÖPARIN VÄLINEN KOMMUNIKAATIO

PALAUTE OPPITUNNISTA OPETUSTAPAHTUMASTA TEKIJÖILLE

Kerätty palaute käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi opinnäytetyömme raportissa.

Rastita sopivin vaihtoehto:

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Opetus oli selkeää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opetus oli johdonmukaista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opetus oli mielenkiintoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oppitunnin pitäjät olivat asiantuntevia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Opetuksen sisältö on minulle tarpeellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sain uusia näkökulmia liittyen potilasturvallisuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Mikä oli hyvää opetuksessa? Mikä oli huonoa? Perustele lyhyesti.

8. Oliko käytetyt opetusmenetelmät toimivia? Perustele lyhyesti.

Kiitos palautteesta.